THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

435

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1908, à 1 heure

Par **Georges VASSELIN**

Né à Cherbourg le 27 novembre 1882
Ancien interne de l'hôpital du Mans

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SIMULATION ET DE L'INTERPRÉTATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Président : M. THOINOT, *professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD, *professeur.*
MARCEL LABBÉ et LŒPER, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MADAME MABIRE

MA VÉNÉRÉE GRAND' MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et de piété filiale.

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

Vasselin

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études médicales, nous considérons comme un devoir en même temps qu'un plaisir d'adresser aux maîtres qui nous ont guidé, nos remerciements les plus sincères et l'expression de notre profonde reconnaissance.

MM. les Drs Bauby et Caubet ont commencé notre éducation médicale à la Faculté de Toulouse, nous n'oublierons jamais leur bienveillant accueil.

A l'École et à l'Hôtel-Dieu d'Angers nous avons été l'élève de MM. les Drs Mareau, Papin, Maugourd, Martin, Charier, Tesson, Brin ; nous leur sommes reconnaissant de l'enseignement précieux qu'ils nous ont donné.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Dr Legludic, directeur de l'école de médecine d'Angers, de la grande bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

Des circonstances fortuites nous ont conduit à passer deux années à l'hôpital du Mans. MM. les Drs Lebail

et Mélisson dont nous avons été l'interne ont droit à notre gratitude. Nous avons passé six mois dans le service de M. le Dr Drouin ; nous n'oublierons jamais sa bienveillance et son désir constant de nous être utile. Nous conserverons le meilleur souvenir de l'affabilité avec laquelle nous ont toujours accueilli MM. les docteurs Delagénière, Dieu, Goutard, Hervé, Meyer, Mordret, et Rocher.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos plus vifs sentiments de reconnaissance à M. le Dr Balthazard, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous en a fourni les éléments et nous a dirigé de ses conseils dans son exécution.

Enfin nous prions M. le professeur Thoinot d'accepter tous nos remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

De la simulation en général. Importance de son étude médico-légale.

Au cours de ce travail notre intention n'est pas de faire l'histoire de la simulation, d'en énumérer tous les caractères et tous les signes, d'en faire le diagnostic différentiel complet, ni de faire une étude sur les différentes espèces de simulation dans tous les genres de maladies. D'autres avant nous ont d'une plume plus autorisée traité cette vaste question. Nos intentions sont plus modestes. Nous avons simplement le désir de faire connaître quelques observations d'expertise d'accidents du travail, intéressantes, que M. le professeur agrégé Balthazard a bien voulu nous autoriser à publier, et qui caractérisent à notre avis de la façon la plus nette les différents types de simulation que le médecin est appelé à rencontrer au cours de sa pratique.

La simulation des maladies qui fut de tous les temps, puisqu'on en trouve des exemples dans l'antiquité la plus reculée et dont on peut citer des cas historiques

dans toutes les classes de la société, a trouvé un vaste champ d'activité le jour où furent appliquées les lois accordant des indemnités aux victimes des accidents du travail.

Songer que par la seule simulation d'un état morbide, on allait pouvoir vivre quelque temps sans rien faire, obtenir une indemnité, voire même une rente, c'était là évidemment une bien douce perspective pour beaucoup d'éléments peu scrupuleux de la classe ouvrière. On ne saurait leur faire un grand crime d'avoir mis à exécution de pareils projets, si l'on pense que ces gens ont souvent reçu une éducation morale des plus négligées, qu'ils sont, surtout depuis quelques années, parfois bien mal conseillés, qu'on ne cesse de leur faire sentir cruellement les côtés pénibles de leur existence comparée à celle des bourgeois aisés, des patrons qui les emploient. On comprend également comment peuvent naître des idées de simulation chez un ouvrier victime d'un réel accident de travail. Les suites du traumatisme qu'il a subi l'ont immobilisé quelque temps au lit ; on lui a accordé une convalescence quelquefois assez longue, pendant laquelle il a pu contracter des habitudes de repos, pour ne pas dire de paresse qu'il va lui coûter d'abandonner. Petit à petit naît dans son esprit cette pensée que ce serait vraiment un bien pour lui si les suites du traumatisme ne disparaissaient pas tout à fait ; alors il va s'étudier lui-même, se « tâter » pour voir s'il ne lui reste pas quelque symptôme qu'il pourra faire valoir auprès de son médecin. S'il le trouve, ce symptôme, il va chercher à lui

donner toute l'importance possible afin de bien convaincre le médecin qu'il n'est pas guéri et qu'il a droit à une indemnité. S'il ne se découvre rien qui soit susceptible de le faire considérer comme un « diminué professionnel », si nous pouvons employer cette expression, il sera tenté de simuler quelque état morbide. Le pas n'est pas grand à franchir, et il l'est souvent : les rapports des médecins experts depuis une dizaine d'années en font foi.

Telle est la genèse ordinaire de la simulation à propos des accidents du travail, mais on a constaté et dépisté des simulateurs encore plus dénués de scrupules, qui essayaient d'obtenir une indemnité, les uns en faisant constater des lésions qu'ils s'étaient volontairement données et qu'ils attribuaient à un accident de travail imaginaire, les autres en rendant un accident réel responsable d'états morbides antérieurs ou concomitants.

La loi de 1898, bien qu'elle soit tout en faveur de l'élément ouvrier, n'entend cependant pas que les patrons et les compagnies d'assurances indemnisent les ouvriers simulateurs. Aussi n'a-t-elle refusé en aucune façon aux patrons et aux assureurs les moyens de faire la preuve de l'inanité des allégations de pareils demandeurs. Dans chaque litige les expertises médicales viennent éclairer les juges, et c'est aux médecins que revient la tâche quelquefois très délicate de diagnostiquer la simulation.

Cette tâche réservée autrefois aux médecins légistes rentre maintenant dans les attributions de tous les praticiens, et l'importance de leur intervention dans la

plupart des cas leur impose une lourde responsabilité, qui nécessite une étude soigneuse des questions nombreuses et variées qui leur sont soumises.

Un triple point de vue doit déterminer les médecins à apporter tous leurs soins au diagnostic de la simulation : *a*) Ils doivent d'abord avoir à cœur de faire faire aux magistrats œuvre de bonne justice en défendant les compagnies d'assurance et partant l'industrie tout entière contre le parasitisme de la simulation.

b). — De plus c'est une question d'amour-propre pour le médecin expert que de ne pas se laisser tromper par un simulateur ; ce n'est qu'en arrivant à un diagnostic exact que son intervention aura toute l'autorité nécessaire ; il ne faut pas que l'expert soit dupe d'un ouvrier retors.

c) Enfin il doit songer qu'il y a en jeu une question de moralisation de la classe ouvrière ; il importe au plus haut point que l'ouvrier simulateur, une fois obtenue une indemnité à laquelle il n'a aucun droit, ne puisse pas aller raconter à ses anciens camarades d'atelier qu'il s'est gaussé du médecin expert, et qu'il n'y a pas besoin, pour obtenir gain de cause, d'être malade, mais simplement malin.

Le médecin expert devra donc apporter tous ses soins aux examens des accidentés qui lui seront confiés. Mais il ne faudra pas non plus que, dépassant le but, il commence l'interrogatoire de ses malades avec l'idée préconçue qu'il a affaire à des simulateurs. En effet ce serait une grave erreur de croire que la simulation est aussi fréquente que certains le pensent, ou surtout l'ont pensé.

CHAPITRE II

De la fréquence de la simulation.

Il est instructif pour s'éclairer sur cette question de considérer ce qui s'est passé en Allemagne où la loi sur les accidents du travail est appliquée depuis le 6 juillet 1884, c'est à-dire depuis vingt-quatre ans. Au début les craintes étaient vives : un grand nombre d'ouvriers, pensait-on, allaient être poussés à feindre des troubles morbides d'origine traumatique. On ne parlait même déjà rien moins que de démoralisation de la classe ouvrière. Dans les premières années les auteurs allemands donnèrent des chiffres alarmants, notamment à propos des névroses traumatiques ; la proportion de simulateurs s'élevait, disaient-ils, à 25, 30 ou même 36 0/0. Depuis, ces craintes se sont calmées et Bruns donne maintenant comme chiffre maximum 8 0/0.

« Il est curieux à cet égard, dit Sand (1), de feuilleter

1. Dr René Sand. *La simulation et l'interprétation des accidents du travail.* Paris. Maloine, 1907.

« la collection du *Monastsschrift für Unfallheilkunde*
« recueil mensuel consacré exclusivement à la médecine
« des accidents du travail.

« La première année (1894) on n'y parle que de simu-
« lation, plus de vingt articles traitent ce sujet, les rédac-
« teurs prévoient que la tromperie viciera complètement
« l'application de la loi. Petit à petit ces craintes se
« calment, les articles sur la simulation se font de plus
« en plus rares, et en 1900 déjà le professeur Thiem,
« rédacteur en chef du recueil, imprime :

« De l'avis de tous les auteurs éclairés, la simulation
« est rare en général aussi bien qu'a l'armée. »

L'histoire de la simulation dans les accidents du travail est exactement la même en France qu'en Allemagne, et maintenant que la loi est vieille de dix ans, maintenant que patrons et ouvriers connaissent chacun leurs droits et leurs devoirs, que les exemples de simulateurs démasqués et, sinon punis (puisque les tribunaux n'ont jamais voulu admettre que la simulation était une escroquerie, en dehors des cas où elle se complique, par exemple, de faux témoignage à propos d'un accident simulé, etc.), du moins déboutés de leurs demandes injustifiées, ont porté leurs fruits, nous pouvons dire avec le professeur Thoinot : « Rien n'est plus rare que la véritable simulation. » Toutefois nous serons forcé d'adopter aussi sa restriction et de citer en y souscrivant pleinement la fin de sa phrase : « Rien n'est plus commun que l'exagération. »

C'est qu'il est réellement difficile de bien simuler, et

peu de « sinistrés » sont assez habiles et assez tenaces pour y réussir. Nous allons essayer de voir comment le médecin expert pourra établir un juste diagnostic.

CHAPITRE III

Du diagnostic de la simulation et de l'interprétation des faits

Nous avons déjà indiqué que, ayant à faire une expertise pour un accident du travail, le médecin ne devait pas se laisser obnubiler par l'idée de la simulation. Sand nous le rappelle en des termes fort énergiques :

« Procéder à un examen avec l'idée préconçue que le « malade simule, chercher à le surprendre au lieu de « se renseigner sur son état, c'est abdiquer la qualité « de médecin pour prendre celle de policier, c'est con- « trevenir à la règle absolue que tout examen doit être « impartial. »

Le médecin expert fera plus encore : il aura vis-à-vis de son sinistré l'attitude la plus bienveillante, il fera en sorte de lui inspirer la plus grande confiance. Une telle conduite lui permettra certainement de faire un examen beaucoup plus complet et plus précis. Ceci posé le médecin devra, après avoir fait raconter au malade lui-même l'histoire de son accident et de son trau-

matisme, de sa maladie, des symptômes qu'il éprouve, procéder à un contrôle minutieux de la véracité de ces dires. Le récit du malade l'aura déjà bien souvent éclairé ; bien souvent on sent la leçon apprise et récitée imperturbablement, parfois des termes techniques, même s'ils arrivent à propos et ne sont pas employés à contre-sens, auront averti le médecin qu'il a affaire à un homme qui a étudié sa maladie, qui cherche à la présenter sous le jour le plus sombre, qui a même parfois été aidé dans son travail d'exagération ou de simulation par un de ces médecins vraiment peu dignes de ce nom, qui se sont fait une triste spécialité de l'exploitation des accidents du travail.

Beaucoup d'auteurs ont indiqué les signes auxquels on peut, dans les diverses maladies, reconnaître la simulation, et ils sont nombreux. Nous ne referons pas, après nos maîtres, l'exposé de tous ces signes ; nous nous contenterons de rappeler qu'en cas de doute, le médecin expert a le devoir d'épuiser tous les moyens de diagnostic licites, et ne conclure que lorsqu'il aura acquis une certitude absolue.

Rien ne le force d'ailleurs à conclure par une affirmation ; on n'exige pas de lui qu'il dise : il y a simulation, ou : il n'y a pas simulation. « A notre avis, dit « Sand, il est plus loyal et plus scientifique d'avouer « son doute que de se baser sur des présomptions incer« taines. Cette dernière façon de faire engendre ces « débats pénibles dans lesquels un expert affirme for« mellement au nom de la science ce que son collègue « nie avec la même énergie. »

Un autre principe excellent à suivre est le suivant : on ne devra jamais rejeter une donnée fournie par le malade pour le motif qu'elle ne cadre pas avec les connaissances médicales actuelles.

Et en effet, chaque jour la science médicale fait des progrès et ce qui paraît invraisemblable aujourd'hui peut devenir vérité demain. On doit donc être très circonspect et dire avec le professeur Thoinot : « Il est toujours bon de se montrer prudent en expertise et de se rappeler que la croyance à la simulation peut parfois résider dans notre ignorance d'un état morbide réel, mais ne correspondant pas aux cadres actuels de la nosolgie, et que ce qui est simulation aujourd'hui dans notre esprit sera demain une affection universellement acceptée. »

Nous citerons encore un conseil de Sand : lorsque l'on trouve des signes indubitables d'une affection réelle, la simulation ne doit pas être complètement écartée. Le sujet peut exagérer ou feindre. De même, la simulation étant démontrée, il faut se souvenir qu'elle ne constitue pas un brevet de santé, et qu'une maladie peut exister en dépit de la simulation. Et il cite à l'appui un cas de Schæffer :

Un sujet atteint de hernie fait une chute qui provoque une contusion de l'épaule. Le blessé attribue sa hernie, incontestablement ancienne, au traumatisme ; il se plaint de douleurs et d'impotence de l'épaule. Ses prétentions sont repoussées aux trois instances ; le dernier jugement l'accuse de simulation et déclare guéries les lésions de l'épaule. Six mois après on constate une

synovite adhésive manifeste avec craquements. Il y avait donc coexistence de troubles simulés et de troubles réels.

De tels conseils de prudence sont particulièrement bons à suivre dans le diagnostic des névroses traumatiques, dont la variété infinie et les manifestations souvent bizarres et invraisemblables peuvent faire admettre la simulation par le médecin qui n'est pas accoutumé à leur observation. Il faut toujours que l'expert se dise avec Wilbrand :

« En aucun cas je n'ai le droit d'accuser un homme de simulation lorsque je ne puis faire la démonstration objective de cette assertion. »

CHAPITRE IV

Des différentes sortes de simulation.

On a donné déjà de nombreuses classifications des simulations. C'est ainsi que Rémy distingue dans la simulation en général, la dissimulation, l'exagération et la simulation proprement dite, et voici les définitions qu'il donne :

« La dissimulation est pour l'ouvrier l'art de ne pas laisser paraître une infirmité soit au moment où il est embauché, soit lorsque son état est l'objet d'une expertise.

« L'exagération porte sur des phénomènes réels, mais ceux-ci sont compliqués, dénaturés par l'addition de toutes les circonstances qui peuvent servir à l'intérêt des blessés.

« La simulation proprement dite consiste à attribuer un symptôme existant à un traumatisme n'existant pas. »

Le professeur Thoinot ne considère que deux cas : la simulation pure et simple d'un état pathologique qui

n'existe absolument pas, et l'exagération souvent poussée fort loin d'un état pathologique réel mais léger.

Enfin une classification qui nous paraît complète a été donnée récemment par Sand. Cet auteur classe les formes de la simulation en quatre grands groupes.

La Provocation ;

La Simulation ;

L'Exagération ;

L'Imputation.

et voici ce qu'il dit à props de chacune :

« La première forme de simulation consiste dans la provocation des phénomènes morbides par des procédés appropriés : l'introduction de chaux ou de tabac dans le cul-de-sac conjonctival en vue d'y causer une inflammation en est un exemple. L'aggravation et la prolongation volontaires (maladies entretenues) sont deux formes atténuées de la provocation. »

« La simulation proprement dite d'une affection inexistante ou imitation constitue la seconde modalité. Un homme sain feint une attaque d'épilepsie, c'est de la simulation proprement dite. Une forme atténuée de la simulation est l'allégation (maladies prétendues) elle existe lorsque le sujet déclare faussement avoir eu une attaque d'épilepsie, par exemple. »

« L'exagération des symptômes réels représente la troisième variété de la simulation. »

« Il faut citer enfin l'imputation à une cause déterminée de manifestations morbides qui lui sont étrangères ; le malade procède tantôt par dissimulation en rattachant à un événement récent une affection préexis-

tante, en attribuant une hernie ancienne par exemple à un accident de beaucoup postérieur ; tantôt par substitution, en établissant un rapport étiologique inexact entre un traumatisme et une maladie simultanée non traumatique, en faisant, pour citer un cas précis, d'une gonorrhée, la conséquence d'un accident. Dans l'imputation fausse l'étiologie seule est inexacte, l'affection est réelle : elle est antérieure à l'accident (dissimulation) ou elle lui est contemporaine (substitution). »

Et Sand fait remarquer avec justesse que, de ces quatre variétés de simulation, les deux premières sont purement volontaires, en dehors des cas d'aliénation mentale et de névroses, les deux dernières sont tantôt conscientes, tantôt inconscientes.

Dans le premier groupe de Sand on doit donc faire rentrer les individus qui ont créé de toutes pièces et volontairement les phénomènes morbides qu'ils présentent réellement. Cette catégorie de simulateurs a été fort bien étudiée par Le Poncin (1) dans sa thèse; nous n'y reviendrons pas dans notre travail, mais nous croyons utile de rappeler comment se recrute cette classe de provocateurs, afin de décharger la classe ouvrière d'accusations injustifiées. Nous citerons les propres termes de Le Poncin :

« Ce sont d'abord, dit-il : 1° Les paresseux et les alcooliques, ceux qui travaillent en moyenne trois ou

1. Le Poncin, *Contribution à l'étude de la simulation dans les accidents du travail. Thèse de Paris*, n° 14, 1905. Rousset.

quatre jours par semaine seulement, juste assez pour assurer maigrement leur existence matérielle. Le calcul qui montre l'avantage du chômage rétribué chez ces individus est facile à faire : quand ils travaillent quatre jours au plus à 5 francs par jour, ils font des semaines de 20 francs. Quand ils vivent aux frais de l'assurance pendant sept jours à 2 fr.50 ils touchent 17 fr.50. Ils préfèrent à coup sûr les 17 fr.50 qui ne leur demandent aucun effort aux 20 francs, prix de quatre journées de travail. »

« 2° Certains débardeurs ou chemineaux, c'est-à-dire de ceux qui sur les quais vivent du déchargement des navires, ou qui sur un chantier quelconque ne sont employés par les patrons qu'au jour le jour. Les premiers chôment forcément dans un laps de temps qui s'écoule entre le départ d'un navire et l'arrivée d'un nouveau. Ils ont donc tout intérêt à simuler une blessure les deux derniers jours d'un déchargement pour toucher pendant le temps du chômage prévu demi-salaire d'une assurance. Les autres dans le même ordre d'idées, prévoyant la fin des travaux auxquels ils sont employés et craignant que le patron ne les congédie ont les mêmes avantages à se faire volontairement blesser au travail. »

« 3° Enfin l'écœurante tourbe des souteneurs et ceux-là dans un important centre maritime (1) sont légion. Ce sont peut-être eux qui fournissent l'apport le plus

1. Le Poncin a particulièrement étudié les accidents du travail au Havre.

considérable au nombre des plaies artificielles constatées depuis que cette pratique est devenue une véritable industrie. L'intérêt primordial qu'ils ont à frauder est le suivant : toujours sous le coup de poursuites pour le délit sévèrement réprimé de vagabondage spécial, ils trouvent dans un accident de travail vrai ou simulé, une manière facile de justifier leurs moyens d'existence et de suspendre l'effet des lois qui les menacent. »

Nous voyons donc que parmi les provocateurs, on compte peu d'ouvriers travaillant réellement ; il ne va pas en être de même pour les catégories de simulateurs qui rentrent dans notre étude. Les observations que nous rapportons plus loin sont presque toutes relatives à des simulateurs victimes d'accidents réels du travail, mais qui ont cherché à exploiter cet accident de diverses manières. Tous ne sont pas coupables au même titre et nous pourrons de ce fait les diviser en trois groupes.

1° Dans le premier groupe nous ferons rentrer les ouvriers qui, victimes d'un accident du travail, ont cherché à obtenir une indemnité en exagérant les légers symptômes qui pouvaient exister encore chez eux après la consolidation de leur blessure. Nous les appellerons les simulateurs exagérateurs.

2° Les seconds, les moins coupables au point de vue moral, se sont vus, après la consolidation de leur blessure, atteints d'affections qui ne les avaient pas incommodés jusque-là ; ils ont été tout naturellement portés à rendre le traumatisme responsable de leur état morbide et l'expertise seule a pu révéler que l'étiologie était

tout autre. Ce seront là des simulateurs inconscients.

3° Enfin dans une troisième catégorie nous rangerons les simulateurs proprement dits, les simulateurs vrais ; parmi eux les uns se seront créé de toutes pièces une incapacité de travail factice (ils rentreront dans le cas de simulation proprement dite ou imitation, définie par Sand) ; les autres auront volontairement attribué leur incapacité réelle au traumatisme dont ils auront été victimes, alors qu'ils savaient très bien qu'elle dépendait d'une cause tout à fait étrangère ; ce seront là les simulateurs par substitution de Sand.

CHAPITRE V

Des simulateurs exagérateurs

Cette classe est la plus nombreuse. C'est que l'on peut dire en toute franchise que l'exagération est essentiellement humaine. Nous sommes tous un peu des exagérateurs, même lorsqu'aucun mobile intéressé n'est en jeu ; à plus forte raison comprendra-t-on facilement que l'ouvrier traumatisé, désireux de toucher une indemnité un peu plus forte que celle à laquelle il aurait droit en bonne justice, exagère ses douleurs lorqu'il les décrit au médecin expert. Qui plus est, il arrive que le sinistré se prend lui-même à ses propres exagérations, et qu'un ouvrier qui, par exemple, déclare avoir le genou ankylosé parce qu'il éprouve quelque raideur dans ses mouvements de flexion, en arrive à marcher la jambe raide sans faire jouer son articulation.

Brouardel a parfaitement décrit ce processus d'exagération : « Le blessé, dit-il, exagère de bonne foi ; je devrais dire : il s'exagère à lui même la gravité de son état. Il rapporte tous les malaises apparus depuis l'accident

à cet accident lui-même et il reste dans cet état de tension d'esprit jusqu'au moment où le procès est jugé.

L'exagération est en général assez facile à déceler, car elle repose sur des bases peu solides ; le peu de rapport qui existe entre la gravité des déclarations du malade et l'insignifiance des signes objectifs, mettra l'expert en éveil et le conduira au diagnostic exact. Les observations qui suivent en sont la preuve :

Observation I

Le 7 mai 1907, M. le Dr Balthazard, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est commis par jugement du tribunal civil de la Seine à l'effet de voir et visiter V..., et dire quelles ont été ou seront les blessures produites par l'accident, quelles ont été ou seront les conséquences au point de vue de l'exercice tant de la profession du demandeur que de toute autre profession (incapacité temporaire ou permanente partielle.)

M. le Dr Balthazard a rempli sa mission le 4 juin 1907 et voici quel est le résultat de ses constatations :

Circonstances de l'accident. — Le 14 avril 1906, V... qui exerce la profession de vidangeur, est tombé sur le genou droit en transportant une lourde tinette. Le genou est aussitôt devenu noir et a enflé (déclaration du témoin B...).

V... fut reconduit chez lui et ne put reprendre son travail. Bien que la consolidation ait été fixée au 5 août, à la suite d'un rapport du Dr X..., V... déclare qu'après une tentative infructueuse, il est resté au repos tout l'hiver et qu'il n'a recommencé à tra-

vailler qu'en avril 1907 avec un salaire très inférieur à celui qu'il gagnait avant l'accident.

Certificats remis par les parties. — Le Dr X..., expert commis par M. le juge de paix déclare en date du 26 juillet 1906 : « Le blessé se plaint de ne pouvoir marcher sans l'aide d'une canne, de ne pas pouvoir plier la jambe sans déterminer une douleur qu'il localise au niveau de la tubérosité tibiale. La palpation montre que la partie douloureuse correspond à la crête tibiale depuis la tubérosité jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous. La tubérosité est élargie. L'articulation du genou est libre. Et le Dr X... conclut : « V... présente encore actuellement un peu de périostite de la tubérosité antérieure du tibia droit » et il admet que l'incapacité temporaire se prolongera jusqu'au 5 août 1906, mais qu'il n'existera pas d'incapacité permanente.

Le 3 septembre 1906. — Le Dr Y... a délivré le certificat suivant qui a provoqué l'enquête du juge de paix : « actuellement, au lieu d'insertion des tendons articulaires, V... accuse une vive douleur. Il existe d'ailleurs à cet endroit un épaississement de l'os. La mensuration des cuisses prise à 8 centimètres au-dessus de la rotule présente une différence au moins de 1 centimètre, droite sur gauche. A 16 centimètres cette différence dépasse 3 centimètres. On doit donc conclure que du fait de son accident V... conservera une incapacité permanente et partielle assez considérable ».

Examen de V... — V... se présente à l'expertise marchant sans canne, il ne boite pas et ne paraît éprouver aucune gêne à marcher. Il déclare que les douleurs ne surviennent dans son genou droit que lorsqu'il porte un fardeau et qu'il se retourne brusquement, ou lorsque son pied bute. Pour cette raison

il ne pourrait pas reprendre son ancien métier de vidangeur

Les mouvements de l'articulation du genou ont la même liberté et la même étendue à droite qu'à gauche ; ils provoquent des craquements des deux côtés. L'épaississement de la tubérosité antérieure du tibia est beaucoup moins manifeste que lors de l'examen du Dr X... La pression de la face interne du ligament rotulien, près de son insertion tibiale semble provoquer de la douleur, mais cette douleur n'est certainement pas très vive, comme on peut s'en assurer en détournant l'attention du malade pendant l'exploration.

La circonférence du genou droit ne surpasse pas celle du genou gauche ; la périphérie du mollet, dans la partie la plus saillante, mesure à droite 36 centimètres, à gauche 35 cm. 5 ; la cuisse, à 20 centimètres au-dessus de la rotule, a 45 centimètres de tour à droite, 44 à gauche. Non seulement il n'existe pas d'atrophie musculaire de la jambe droite, mais celle-ci présente sur la jambe gauche la prédominance musculaire qui est habituelle chez les droitiers.

Des lésions consécutives à l'accident dont a été victime V..., il ne subsiste donc rien, ni hypertrophie osseuse, ni altérations articulaires, ni atrophie musculaire. Il ne subsiste qu'une douleur que réveilleraient les mouvements actifs et violents et qui s'opposerait à l'exercice d'une profession de force ; en réalité, depuis le mois d'avril, V... travaille et fait un métier assez pénible puisqu'il roule des tonneaux chez un marchand de vin. D'autre part, sans parler de simulation, on est bien autorisé à penser que V... exagère une douleur que n'explique pas l'existence de lésions locales et qui n'est pas sous la dépendance d'une névrose traumatique dont elle constituerait l'unique symptôme.

Dans l'impossibilité de vérifier l'existence d'une douleur pure-

ment subjective et d'aider le blessé à apporter au tribunal la preuve que cette douleur diminue sa capacité pour le travail, l'expert ne peut que rejeter l'incapacité permanente partielle.

Si l'on se reporte aux termes du rapport du Dr X... en date du 26 juillet, on verra que le délai qu'il indique pour la date de la guérison au 5 août 1906, est un peu court, eu égard aux graves lésions constatées à cette époque : « périostite de la tubérosité antérieure du tibia ». Il ne paraît pas exagéré de reculer jusqu'au 1er novembre 1906 la date de la consolidation de la blessure.

Conclusions. — 1° V..., a été atteint de périostite de la tubérosité antérieure du tibia droit, blessure qui s'est consolidée à date du 1er novembre 1906.

2° Cette blessure ne paraît avoir entraîné aucune incapacité permanente partielle.

Suites judiciaires. — V... a été débouté de sa demande de rente par jugement en date du 16 juillet 1907.

Observation II

M. le Dr Balthazard, commis par le Président des conciliations du tribunal civil à l'effet de voir et examiner l'ouvrier menuisier H..., dire quelles ont été et seront les conséquences de l'accident dont il a été victime, fixer le cas échéant le quantum de la réduction de capacité professionnelle et la date de la consolidation de la blessure, a rempli sa mission le 5 décembre 1907, et voici ses constatations :

Circonstances de l'accident. — Le 25 avril 1907 H... était occupé dans une maison en construction à des travaux de menuiserie lorsque l'échelle sur laquelle il était monté glissa.

Il fit une chute d'une hauteur de 5 mètres environ sur le sol et se foula le pied gauche. Pendant cinq semaines H... dut garder le lit, pour une blessure que le Dr X... a diagnostiquée : Entorse du cou-de-pied. Quinze jours furent nécessaires avant qu'il put reprendre son travail. « Encore déclare-t-il qu'il l'a repris prématurément le 10 juin 1907, car il s'est trouvé constamment gêné pour monter sur les échafaudages et c'est même à cette circonstance qu'il devait d'avoir été renvoyé par son patron le mois dernier.

Examen de H...— L'examen le plus minutieux du pied gauche ne permet de relever aucune anomalie, soit dans la forme des os du tarse, soit dans leur situation respective.

Le pied n'est pas gonflé ; les mouvements d'extension et de flexion du pied, les mouvements de latéralité ont la même amplitude que pour le pied droit. Le Dr X... déclare avoir constaté il y a un mois, une ankylose partielle de l'articulation du cou-de-pied ; une amélioration s'est alors certainement produite depuis cette époque ; car il n'existe plus trace d'ankylose de l'articulation.

Pas de troubles trophiques, pas de symptômes sensitifs objectifs. H... se plaint d'éprouver, lorsqu'il a beaucoup marché, une douleur en arrière et au-dessous du talon gauche, mais rien ne permet de vérifier l'existence de cette douleur ou d'expliquer sa cause.

De même, H... déclare se fatiguer plus vite de la jambe gauche que de la droite ; or il n'existe pas de trouble de la marche, pas de boiterie appréciable et les muscles du mollet gauche ne sont nullement atrophiés.

En résumé, s'il est admissible que H... éprouve quelques troubles légers à la suite de l'entorse du pied gauche dont il a

été atteint, ces troubles ne diminuent en rien sa capacité professionnelle.

H... a touché son demi-salaire jusqu'au 9 juin 1907 ; il a repris son travail le 10 juin et ne l'a pas interrompu depuis. Il ne saurait donc être question de modifier la date de la consolidation de la blessure.

Conclusions. — 1° H... a été atteint le 25 avril 1907 d'une entorse du pied gauche, qui a entraîné une incapacité temporaire de travail jusqu'au 10 juin 1907.

2° Les troubles légers qui persisteraient actuellement, outre que leur réalité ne peut être démontrée, n'entraînent en tout cas aucune réduction de la capacité professionnelle.

Observation III

M. le Dr Balthazar, commis par jugement du Tribunal civil de la Seine en date du 6 août 1907 à l'effet de voir et examiner P..., etc., etc..., a rempli sa mission le 9 octobre 1907 et constaté ce qui suit :

Circonstances de l'accident. — Le 7 février 1907 P... a laissé tomber sur son pied droit une barre de fer assez lourde, dont il se servait comme d'un levier. Le jour même le Dr X... délivre le certificat suivant : « Contusion avec hématome sous-unguéal du gros orteil droit sur lequel serait tombé un pic ; durée de l'incapacité temporaire : quinze jours.

Le 15 mars 1907 un certificat du Dr Y... indique que P... est actuellement atteint : « 1° d'augmentation de volume du gros orteil droit ; 2° d'arthrite sèche des deux articulations du gros orteil droit, caractérisée par des craquements quand on mobilise l'orteil ; 3° de déformation de l'ongle du dit orteil.

Les dites lésions ci-dessus décrites seraient la conséquence d'un accident du travail et caractérisent une légère infirmité permanente et partielle non consolidée. »

Le Dr Z... a examiné le blessé le 23 mars 1907 et déclare : « Le sinistré P... dont la reprise de travail avait été fixée au 15 courant, se présente ce jour, déclarant n'avoir pas travaillé et s'être fait soigner par un médecin en ville ; actuellement le gros orteil droit est très légèrement plus gros que le gauche et on note un peu de laxité des ligaments au niveau de l'articulation inter-phalangienne, mais sans craquements. Cet état ne peut actuellement empêcher la reprise du travail qui en conséquence ne peut être modifiée. »

Examen de P... — P... ne se plaint d'aucune gêne pendant la marche. Ce serait seulement en travaillant avec sa pelle, lorsque, le pied droit en arrière, il fait effort, qu'il éprouverait un peu de douleur au gros orteil droit.

A l'examen de ce gros orteil, on constate que l'articulation inter-phalangienne est déformée, épaissie. Le contour du gros orteil au niveau de cette articulation mesure 1 centimètre de plus à droite qu'à gauche. Cette augmentation de volume paraît due à une ostéite hypertrophique des extrémités phalangiennes. De même il existe une déformation de l'ongle du gros orteil droit qui est plus court et plus large que celui du gros orteil gauche.

Cependant il n'existe pas de douleurs à la pression ; les deux articulations du gros orteil ont leur mobilité normale et ne sont le siège d'aucun craquement quand on les mobilise. Dans ces conditions on ne conçoit pas comment une simple modification dans la forme d'un orteil, assez minime pour ne pas obliger au port d'une chaussure spéciale, n'entraînant aucune douleur, au-

cun trouble fonctionnel, pourrait constituer une infirmité et donner droit à une rente.

Les lésions étaient au 23 mars dans l'état où elles sont aujourd'hui ; la date du 15 mars pour la consolidation de la blessure paraît avoir été bien choisie. Cependant le blessé ayant obtenu le 3 mars 1907 un certificat du Dr Y..., indiquant que la blessure n'était pas encore consolidée, on peut admettre qu'il ait cru pouvoir se soigner encore, et placer au 2 avril 1907, date de la reprise du travail, la date de la consolidation.

Conclusions. — L'accident du 7 février 1907 a produit une contusion du gros orteil droit. Actuellement l'orteil est un peu déformé, mais il n'existe aucune douleur, aucun trouble de la fonction.

2° Il n'existe aucune incapacité permanente partielle.

3° L'incapacité temporaire a duré jusqu'au 2 avril 1907.

Suites judiciaires. — P... a été débouté de sa demande par jugement en date du 5 novembre 1907.

Observation IV

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 14 mars 1908, par ordonnance du Président des Conciliations du tribunal civil en date du 2 mars 1908, à l'effet de voir et examiner le nommé J...

Circonstances de l'accident. — J... est âgé de 30 ans. Il exerce la profession de manœuvre dans une scierie à Saint-Denis.

Le 31 janvier 1908, un lourd plateau de bois ayant glissé vint porter sur son abdomen et l'u comprima la région lombaire contre un mur. Il fut soigné jusqu'au 15 février par le Dr X..., médecin de la scierie. Il reprit le travail le 17 février,

mais partit au bout de quelques heures, prétendant trop souffrir encore. Il fut alors soigné par le Dr Y..., qui a déclaré qu'il pouvait reprendre son travail le 12 mars.

J... a en effet travaillé le 12 et le 13 mars, c'est-à-dire pendant les deux jours qui ont précédé l'expertise, mais il n'a touché son demi-salaire que jusqu'au 15 février.

Il nous a été remis un seul certificat qui émane du Dr X... en date du 15 février 1908 : « Contusion à la région dorso-lombaire. J'estime que la blessure dont a été atteint le nommé J... peut être considérée aujourd'hui comme consolidée et qu'il pourra reprendre son travail le 17 janvier, sans qu'il persiste d'incapacité permanente. »

Examen de J... — J... atteint d'une contusion de la région dorso-lombaire aurait présenté à la suite une large ecchymose, de coloration violacée. Depuis cette époque, il aurait éprouvé de vives douleurs dans la région lombo-sacrée, qui mirent obstacle à la reprise du travail jusqu'au 12 mars.

A l'heure actuelle il éprouverait encore de la peine à soulever de terre les lourds fardeaux, ce qui n'est pas sans inconvénient attendu qu'il est un simple manœuvre.

A l'inspection on constate qu'il se tient légèrement penché en avant, la colonne vertébrale raidie dans la région lombaire. Il n'existe plus actuellement aucune trace de contusion dans cette région. J... fléchit bien le torse en avant ; il lui est même possible de se redresser et de porter le torse en arrière. Il n'existe donc aucune ankylose même pour les vertèbres lombaires.

Néanmoins le redressement du torse ne s'opère pas sans protestations de la part du blessé, dont les réactions douloureuses sont manifestement exagérées. La pression sur la région lom-

baire ou sur les apophyses épineuses ne provoque aucune douleur. Pas de troubles médullaires, les membres inférieurs sont intacts, les sphincters anal et vésical fonctionnent bien.

En résumé, il reste fort peu de chose de la contusion dont J... a été atteint ; l'endolorissement de la région disparaîtra dans un temps assez court. Eu égard à l'importance de la contusion on peut admettre le dire du blessé lorsqu'il déclare qu'il n'a pu reprendre son travail avant le 14 mars.

Conclusions. — 1° J... a été atteint le 31 janvier 1908 d'une contusion de la région lombaire qui n'a laissé à sa suite aucune infirmité permanente partielle.

2° La date de la consolidation de la blessure peut être fixée au 14 mars 1908.

Observation V

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 24 juillet 1907, par ordonnance du Président des Conciliations du Tribunal civil, en date du 19 juillet 1907, à l'effet de voir et examiner le nommé G...

Circonstances de l'accident. — G... a été blessé le 29 décembre 1906, dans une chute faite d'une hauteur de 3 m. 50. Le dos porta sur une solive de fer. Il put rentrer chez lui à pied, mais le lendemain il lui fut impossible de se lever.

Certificats produits par les parties. — A la suite de l'accident, G.. aurait éprouvé de violentes douleurs dans la région lombaire et sur les parties latérales du thorax. Il aurait le lendemain, à deux reprises, émis des urines rouges, mélangées de sang, mais personne n'a constaté l'existence réelle de ce symp-

tôme, le premier médecin appelé n'ayant visité le blessé que quarante-huit heures après l'accident. Le diagnostic fut : contusion des côtes du côté droit et lumbago traumatique.

Le 29 mars 1907, le Dr X..., médecin du Syndicat de Garantie, certifie que G... lui paraît en état de reprendre son travail le 2 avril. Le blessé s'en déclarant incapable, une expertise est ordonnée par le juge de paix et confiée au Dr Y... Ce dernier conclut : L'accident ayant eu lieu il y a trois mois et demi, la blessure doit être considérée comme consolidée, et j'estime qu'elle a déterminé une légère infirmité permanente, suivie d'une faible diminution de l'aptitude au travail professionnel. La date de la consolidation de la blessure fut fixée au jour de l'expertise, 19 avril 1907. Une radiographie de la moitié du thorax est jointe au dossier.

Examen de G... — G..., qui exerce la profession de maçon-plâtrier, est un homme bien constitué et particulièrement vigoureux.

Il se plaint de souffrir dans toute la hauteur de la colonne vertébrale, mais surtout à hauteur des dernières vertèbres dorsales; les douleurs sont exaspérées la nuit, quand il se couche sur le dos, le jour quand il exécute des mouvements de flexion et surtout de redressement de la colonne vertébrale. Ces douleurs s'irradieraient de chaque côté du thorax en suivant le trajet des derniers espaces intercostaux.

Les mouvements de flexion forcée des cuisses réveilleraient les douleurs latérales. Sur la région lombaire, on voit les cicatrices de nombreuses pointes de feu.

Quand on exerce des pressions sur la colonne vertébrale, G... accuse de la douleur, surtout quand on appuie sur les apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales; mais, à

en juger par les réactions du blessé, cette douleur n'est certainement pas très vive. Il n'existe d'ailleurs aucun trouble objectif de la sensibilité : les sensations douloureuses, tactiles et thermiques sont partout bien perçues.

La colonne vertébrale ne présente aucune déformation, aucune ankylose. Les réflexes rotuliens sont normaux ; pas de troubles des sphincters. La radiographie qui m'a été remise ne fournit aucun renseignement important sur l'état de la colonne vertébrale, elle montre au moins qu'il n'y a aucune fracture de côtes à droite.

En résumé, il semble bien résulter que G.. a été atteint d'une lésion traumatique assez sérieuse de la région lombaire, déterminant un lumbago. Actuellement, les mouvements de flexion et d'extension du tronc, fréquents dans la profession de maçon, seraient rendus pénibles par la douleur qu'ils provoquent. Cet endolorissement de la région lombaire, même six mois après l'accident, n'est pas invraisemblable ; mais aucun des symptômes dont se plaint G... ne peut être contrôlé par l'expert, tout est d'ordre subjectif. Tout ce qu'il est possible de dire, c'est que dans le cas où les douleurs seraient réelles, l'exagération serait manifeste.

Dans l'impossibilité de trouver une lésion organique des vertèbres, des articulations vertébrales, de la moelle, susceptible d'expliquer la cause des douleurs ressenties par G..., l'expert ne peut admettre une infirmité permanente partielle. Seule, une surveillance continue dans un service d'hôpital permettrait d'apporter à l'appui de la demande de G..., la preuve nécessaire.

Si ses douleurs étaient réelles, la réduction de capacité pourrait être évaluée à 10 pour 100, et, comme de son aveu même, depuis le 19 avril 1907, son état n'a pas varié, c'est à cette

date qu'il conviendrait de placer la consolidation de la blessure.

Conclusions. — 1° G... a subi un traumatisme assez sérieux de la région lombaire, ayant occasionné un lumbago qui existerait encore à l'heure actuelle ;

2° De tous les symptômes que dit éprouver G..., aucun ne peut être contrôlé; l'expert est donc incapable d'apporter le moindre élément de preuve à l'appui des revendications de G... ;

3° Si l'on admet la réalité des douleurs qu'accuse G..., il faut admettre une réduction de capacité de 10 pour 100;

4° L'amélioration s'étant poursuivie jusqu'au 19 avril 1907, d'après G..., et l'état devenu stationnaire depuis, c'est à cette date qu'il convient, conformément au rapport du Dr Y..., de placer la consolidation de la blessure.

Suites judiciaires. — G... a été débouté de sa demande par jugement en date du 20 janvier 1908. A fait appel. Arrêt confirmatif le 9 avril 1908.

Observation VI

Expertise de M. le Dr Balthazard le 18 avril 1908, par ordonnance du Président des Conciliations du Tribunal civil, en date du 13 avril 1908 à l'effet de voir et examiner le nommé Le B...

Circonstances de l'accident. — Le B... âgé de 25 ans est poseur de rails. Le 1er octobre 1907 il transportait un rail avec des camarades et se trouvait près de l'extrémité antérieure. Au moment de mettre le rail à terre, une bavure d'acier sur la section du rail le coupe à l'avant-bras droit :

« Plaie transversale de l'avant-bras, de 8 centimètres, me

paraissant, saut au milieu de la plaie, n'intéresser que les parties superficielles », déclare le Dr X... qui a vu le blessé le jour même de l'accident. Le B...a été soigné par le Dr X. . jusqu'au 11 décembre et a eu ensuite recours aux soins des DrY.. et Z...

Le salaire entier lui a été payé jusqu'au 1er février 1908, mais le blessé déclare qu'il lui a été impossible de recommencer à travailler

Examen de Le B... —On note à la face antérieure de l'avant-bras droit une cicatrice rosée, longue de 6 centimètres, oblique un peu en bas et en dehors, siégeant à 9 centimètres au-dessus du pli de flexion du poignet. Cette cicatrice est souple, non douloureuse, mobile sur l'aponévrose antibrachiale superficielle.

Le B... se plaint de ne pouvoir se servir de sa main à cause de la faiblesse extrême du pouce et de l'index droits. On constate en effet que les trois derniers doigts se fléchissent normalement, mais que l'index et le pouce n'ont que des mouvements de flexion très limités. Demande-t-on au blessé de serrer fortement avec ces deux doigts, aussitôt il contracte tous les muscles du bras et même ceux de l'épaule qui s'élève, mais le pouce et l'index restent raides et étendus.

Il n'existe pourtant aucune lésion dans les articulations, aucune adhérence des tendons aux gaines synoviales, les mouvements passifs des doigts s'exécutent normalement et avec souplesse.

On se trouve donc en présence d'une paralysie presque complète de la flexion pour le pouce et l'index droits, qui se complique, dans les tentatives de flexion volontaire de ces doigts d'une contracture de tout le membre supérieur droit et même de l'épaule droite.

Il existe des troubles de la sensibilité objective, localisés à

la moitié externe de la main droite; ils consistent en hypoesthésie (diminution des sensations tactiles) avec analgésie (abolition des sensations douloureuses) localisées exactement à la moitié externe de la main et du poignet, tant sur la face palmaire que sur la face dorsale, et englobant le pouce, l'index et seulement la moitié externe du médius.

Étant connus les territoires d'innervation du médian, du radial et du cubital, pour expliquer les troubles sensitifs que présente Le B... par des sections nerveuses, même en négligeant les petites différences pour l'extrémité des doigts, il faudrait admettre au moins deux sections nerveuses : section d'une branche du radial qui innerve la moitié externe de la face dorsale de la main, section d'une branche du médian qui innerve la moitié externe de la face palmaire de la main.

Le B... ne travaille certainement pas depuis longtemps (l'état de ses mains le prouve) ; il n'existe néanmoins aucune atrophie musculaire. Les muscles fléchisseurs des doigts paralysés en particulier ont leur volume normal.

Aucun trouble trophique.

On déterminerait des douleurs en exerçant des pressions sur l'avant-bras, le long du trajet de l'artère radiale, jusqu'au coude, en avant de l'articulation radio-humérale, et sur le bras dans la gouttière bicipitale externe jusqu'au deltoïde. Pas de douleurs sur le trajet du cubital, pas de douleurs au niveau de la gouttière de torsion de l'humérus, où passe le nerf radial. Sauf dans la partie supérieure du bras, le trajet douloureux indiqué par Le B... correspond assez bien au parcours du nerf radial.

Bien que Le B... n'ait pas un aspect très viril, on ne trouve chez lui, en dehors d'une anesthésie pharyngée, aucun stigmate hystérique, aucun symptôme neurasthénique.

Discussion. — La question qui se pose consiste à rechercher si les troubles que présente Le B... sont en rapport avec une section nerveuse auquel cas ils seraient incurables et definitifs.

Résumons ces troubles nerveux, ce sont :

1° Une paralysie des muscles fléchisseurs de l'index et du pouce droits. Or les faisceaux correspondants des fléchisseurs communs des doigts superficiel et profond, et le fléchisseur propre du pouce sont tous innervés par le médian.

2° Des troubles de la sensibilité dans la moitié externe de la main ; face palmaire : territoire du médian ; face dorsale : territoire du radial.

3° Des douleurs à la pression le long du trajet de la branche antérieure du radial.

La blessure de Le B... aurait dû intéresser, si ces troubles nerveux étaient d'origine organique, la branche antérieure du radial, les rameaux cutanés du médian et les rameaux externes profonds du même nerf. Cette complication est absolument invraisemblable, d'autant plus que la blessure était absolument superficielle, qu'elle n'a contracté aucune adherence avec les plans profonds et qu'on ne sent à la palpation aucune cicatrice de l'aponévrose superficielle de l'avant-bras.

D'ailleurs avec la contracture musculaire qui n'est peut-être qu'une contraction volontaire, au moment des efforts pour fléchir les doigts, Le B... ne se comporte nullement comme s'il était atteint d'une paralysie organique. Son attitude ne s'explique que par deux hypothèses : simulation ou névrose traumatique. Nous les examinerons successivement toutes deux.

Nous ferons remarquer d'abord qu'il n'est pas un symptôme parmi ceux que présente Le B... qui ne puisse être simulé ; mais leur groupement ne paraît pas, en cas de simulation être spon-

tané. Malgré les invraisemblances et les inexactitudes, le tableau clinique est bien celui des sections nerveuses. Troubles moteurs, anesthésie et analgésie, douleurs à la pression le long du tronc nerveux. Le B... n'eût pas inventé qu'il existe dans les sections nerveuses ces trois ordres de symptômes. Les seuls qu'il ait oubliés sont ceux qui ne peuvent être simulés : abolition des réflexes, atrophie musculaire, troubles trophiques.

Mais il est possible que Le B... ne simule pas ; auquel cas une seule explication est plausible : les troubles qu'il présente ui ont été inconsciemment suggérés par les médecins qui ont recherché s'il existait chez lui des sections nerveuses.

Cette dernière hypothèse nous paraît la plus vraisemblable : névrose post-traumatique, précisée par une suggestion médicale involontaire. C'est là une conséquence inattendue de l'accident dv 1er octobre 1907, mais c'en est une conséquence.

D'ailleurs l'impotence fonctionnelle n'est pas très considérable et l'incapacité qu'elle détermine est devenue permanente depuis le moment où les soins médicaux n'ont plus eu et ne pouvaient plus avoir aucune influence sur les troubles nerveux, c'est-à-dire le 15 février environ.

La solution la plus favorable consisterait à admettre une incapacité permanente partielle de 10 0/0, quitte à procéder à une révision si, comme il est probable, la guérison survient.

Conclusions.— Le B... a été victime d'un accident le 1er octobre 1907 : coupure à la face antérieure de l'avant-bras droit.

2° Les troubles fonctionnels dont se plaint Le B... consistent uniquement au point de vue professionnel, en une impossibilité de fléchir l'index et le pouce de la main droite.

3° Ces troubles ainsi que le démontrent les symptômes qui les accompagnent, ne sont pas causées par une section nerveuse

ils n'ont donc pas un caractère définitif. On doit les mettre sur le compte soit de la simulation, soit d'une névrose traumatique suggérée par les médecins qui ont examiné le blessé et recherché les symptômes d'une section nerveuse. Nous optons pour la vraisemblance de cette dernière hypothèse.

4° Dans ces conditions nous admettons l'existence d'une incapacité permanente partielle de 10 0 0, l'incapacité temporaire ayant pris fin le 15 février 1908.

De ces six expertises, les quatre premières concluent à la non-incapacité de travail, et l'inanité des symptômes accusés par les malades justifie amplement la conclusion du médecin expert. Dans les observations V et VI, on a conclu à une indemnité pour incapacité permanente partielle ; c'est que dans ces derniers cas le traumatisme a été violent et que les plaintes des blessés, pour exagérées qu'elles paraissent, reposent peut-être sur un fond de vérité. Dans l'impossibilité où l'on se trouve d'apporter au tribunal aussi bien la preuve objective de la simulation que celle de la bonne foi du blessé, on est forcé de demeurer très prudent et de garder la plus stricte neutralité.

CHAPITRE VI

Des simulateurs inconscients

« L'attribution inexacte d'un état morbide, dit Sand relève plus souvent de l'erreur que de la fraude. » On constate en effet, non seulement dans les affaires d'accidents du travail mais dans la clientèle ordinaire, que les malades attribuent souvent leurs souffrances à des causes absolument erronées. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'un ouvrier fasse de même, et que victime par exemple d'un accident qui lui aura intéressé le genou, et souffrant plusieurs mois après d'une crise de rhumatisme localisé au genou traumatisé, il attribue au traumatisme tous les symptômes morbides dont il constatera l'apparition dans son genou.

Ces gens-là sont des simulateurs honnêtes, qui consciencieusement rattachent leurs affections à un traumatisme qu'ils ont bien éprouvé, mais qui n'en est pas réellement la cause. Aussi sont-ils le plus souvent très étonnés, parfois même indignés, des résultats des expertises, qui d'accidentés qu'ils se croyaient être les font

redescendre au simple rang de malades et leur enlèvent du même coup tout espoir d'indemnité. On trouvera peut-être que le mot simulateurs est un qualificatif un peu vif pour désigner cette classe d'accidentés ; nous ferons remarquer qu'il est corrigé par son épithète : inconscients qui indique bien qu'on a affaire dans ces cas à des gens de bonne foi qui se trompent eux-mêmes les premiers. Nous citerons trois observations de simulation inconsciente :

Observation VII

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 4 mars 1908, en exécution du jugement de la quatrième chambre, en date du 18 janvier 1908, à l'effet de voir et visiter B...

Circonstances de l'accident. — B... est âgé de 36 ans et exerce la profession de journalier. Le 17 juillet 1906 il est tombé en arrière sur le côté droit, d'une hauteur de 1 m. 50, sur une cornière en fer. Transporté aussitôt à l'hôpital de Saint-Denis, il y est resté en traitement jusqu'au 5 août 1906, puis s'est reposé chez lui pendant un mois. Il a repris son travail au commencement du mois de septembre et ne l'a pas interrompu depuis. Son demi-salaire lui ayant été payé jusqu'au moment de la reprise du travail, il n'y a pas lieu de revenir sur la date de la consolidation de la blessure.

Certificats produits par les parties. — Le Dr X..., chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis, a délivré le certificat suivant, en date du 10 janvier 1908 : « Je soussigné, etc., certifie que l'ouvrier B... a été amené à l'hôpital de Saint-Denis le 17 juil-

let 1906 pour fracture des septième et huitième côtes droites, ayant provoqué une déchirure du poumon et un épanchement dans la plèvre. Actuellement cet homme se plaint de douleurs dans le côté droit, de gêne respiratoire et de difficulté pour soulever de gros fardeaux. A l'examen, on constate un peu de diminution dans l'amplitude des mouvements respiratoires à droite, une diminution de la sonorité à la base droite, s'accompagnant d'un affaiblissement du murmure vésiculaire. Le long de la huitième côte, on sent une saillie provenant très vraisemblablement de l'ancienne fracture. La blessure dont fut atteint B..., est depuis longtemps consolidée, mais il conserve de son traumatisme une infirmité permanente partielle.

En date du 16 avril 1907, le Dr Y..., médecin de la Caisse syndicale, déclarait :

« L'examen ne dénote rien d'anormal au niveau des fractures; celles-ci sont normalement consolidées, sans cal vicieux appréciable. La palpation provoque un peu de sensibilité, mais pas de douleurs proprement dites. L'auscultation ne révèle rien d'anormal ni du côté des poumons, ni du côté de la plèvre. L'état général ne paraît pas bon : le blessé dit qu'il ne tousse pas et n'a pas de sueurs nocturnes, mais il se plaint d'avoir notablement moins d'appétit. Conclusions : Les phénomènes accusés par B... sont purement subjectifs et ne paraissent correspondre à aucune lésion matérielle appréciable. Toutefois si ses allégations sont exactes, il a perdu un peu de sa résistance physique et il en résulte une infirmité permanente, partielle, légère. J'estime à 2 0/0 environ la réduction de capacité professionnelle de B...

Examen de B... — Il ne peut y avoir le moindre désaccord sur la nature des blessures de B... à la suite de l'accident du

17 juillet 1906 : fracture de deux côtes du côté droit, contusion du poumon avec crachats tachés de sang pendant une huitaine de jours.

Avant la fin du mois d'août les fractures de côtes étaient consolidées : on sent encore sur la huitième côte une nodosité qui constitue le cal normal, non volumineux, non douloureux de la fracture de cette côte.

Les constatations des Drs X... et Y... sont entièrement contradictoires en ce qui concerne l'état du poumon droit à sa base, au voisinage des fractures de côtes. Tandis que le premier trouve des signes d'adhérences pleurales et peut-être de congestion pulmonaire chronique localisée à ce niveau, le second déclare que l'auscultation ne lui a rien révélé d'anormal. Nous nous rallierons sans réserves à l'opinion du Dr Y.... : la base du poumon droit n'est le siège d'aucune altération appréciable ; il existe seulement des signes d'emphyseme et de bronchite chronique, d'ailleurs peu intenses, généralisés à toute l'étendue des deux poumons ; l'hémipérimètre thoracique est le même à droite qu'à gauche ; le côté droit du thorax n'est pas douloureux à la pression directe.

Il ne subsiste donc rien des blessures consécutives à l'accident du 17 juillet 1906.

Pourtant B..., déclare que, bien que travaillant toujours dix heures par jour, il ne gagne plus que 0 fr. 45 de l'heure au lieu de 0 fr. 50, parce que sa santé est moins bonne, qu'il ne peut plus soulever de lourds fardeaux. Il aurait peu d'appétit, des vomissements le matin en allant à son travail, des cauchemars la nuit ; si l'on joint à ces symptômes un tremblement menu et rapide des mains et des doigts, on reconnaît le tableau de l'intoxication alcoolique. De plus l'auscultation du cœur en

révélant un bruit de galop nous a conduit à examiner les urines qui renferment une quantité notable d'albumine. C'est à l'alcoolisme et à l'albuminurie qu'il convient de rapporter les troubles d'ailleurs légers de la santé, éprouvés par B... et non à la fracture de côtes dont il a été atteint après l'accident du 17 juillet 1906.

Conclusions. — 1° B... a été atteint le 17 juillet 1906 d'une fracture de deux côtes droites, avec contusion pulmonaire. Ces blessures sont entièrement consolidées depuis la fin du mois d'août 1906, époque à laquelle l'ouvrier a repris son travail qu'il n'a plus abandonné depuis.

2° Les troubles de la santé dont se plaint B..., la diminution de forces qu'il éprouve, n'ont pas de rapport avec l'accident qui n'a laissé aucun déchet. Ils sont sous la dépendance d'une intoxication alcoolique avouée, au moins dans le passé, par l'ouvrier, et de l'albuminurie.

Observation VIII

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 4 décembre 1907, par ordonnance du Président des Conciliations du Tribunal civil, à l'effet de voir et examiner l'ouvrier Pierre M...

Circonstances et suites de l'accident. — M..., qui exerce la profession de badigeonneur et est âgé de 56 ans, maintenait un échafaudage le 21 septembre 1907, lorsqu'il tomba à la renverse et l'échafaudage assez lourd frappa son pied.

Il se produisit bientôt une ecchymose assez étendue sur la face dorsale du pied, qui ne disparut que lentement. De plus le pied a été le siège d'un gonflement douloureux qui a pendant quelque temps empêché complètement la marche.

Actuellement, la marche serait encore douloureuse et le blessé ne pourrait porter de chaussure à son pied gauche : aussi n'a-t-il pas encore repris son travail.

Examen de M... — De l'accident dont a été victime M... e qui a consisté en une simple contusion du pied gauche, il n'y reste actuellement aucune trace. Les os du métatarse, du tarse, de la jambe, ont leur conformation habituelle, et leurs rapports respectifssemblent normaux.

Les mouvements de l'articulation du cou-de-pied gauche sont libres, faciles et aussi étendus qu'à droite, aussi bien pour l'extension et la flexion que pour la rotation en dedans ou en dehors. Tous ces mouvements, provoqués ou spontanés, ne réveillent pas de douleur.

La marche est difficile, M... pose lourdement et successivement ses deux pieds sur le sol, avec une boiterie qui est bilatérale et qui ne paraît pas plus marquée pour le pied gauche. Il convient de dire que M..., qui est âgé de 76 ans, est atteint d'un embonpoint exagéré, frisant l'obésité, et qu'en outre la conformation des deux voûtes plantaires est defectueuse (pied plat double).

En résumé tous les troubles dont se plaint M..., se réduisent au gonflement de sa jambe et de son pied, qui le met dans l'impossibilité de faire des marches prolongées, de rester longtemps debout et même de porter au pied gauche une chaussure ordinaire.

Au moment où j'ai examiné M..., dans la matinée, le pied gauche était dans une savate, et ne présentait aucun gonflement. Il n'en était pas de même pour la jambe, œdématiée au-dessus des malléoles ; à 7 centimètres au-dessus de la cheville, la jambe gauche présentait en effet 3 centimètres de plus dans son péri-

mètre que la droite. L'œdème cesse au plein du mollet, et il est par suite facile de constater que les muscles de la jambe ne sont pas atrophiés.

On observe des varices volumineuses sur la jambe gauche, surtout au voisinage du genou ; les varices sont beaucoup moins développées sur la cheville et le pied gauches. Elles existent également sur la jambe droite qui n'est pas œdématiée, mais sont moins volumineuses.

Discussion. — M... a été atteint le 21 septembre 1907 d'une contusion du pied gauche dont il ne persiste actuellement aucune trace. Les troubles dont il se plaint actuellement, gonflement du pied et surtout de la jambe sont sans aucun doute sous la dépendance des varices que l'on observe sur le membre inférieur gauche.

Tout d'abord il importe d'indiquer qu'il s'agit là d'une infirmité permanente, et l'on comprend mal les raisons pour lesquelles le docteur X..., médecin-pharmacien qui soigne le blessé, persiste à continuer un traitement électrique. Les troubles circulatoires dont se plaint M..., ne comportent qu'une seule indication : le port d'un bas à varices.

Mais pour que l'infirmité permanente dont est atteint M..., lui donnât droit à une rente, il faudrait établir que les varices sont la conséquence de la contusion du pied. Or si tous les auteurs sont d'accord pour admettre que sur une jambe variqueuse, des traumatismes même minimes peuvent engendrer des phlébites variqueuses ou des ulcères variqueux, auquel cas l'état antérieur importe peu dans la fixation de la réduction de la capacité professionnelle, l'accord des auteurs n'est pas moins unanime pour repousser l'origine traumatique possible des varices. « On a parlé, disent Ollise et Le Meignen (*Accidents du travail*

page 241), de varices développées à la suite de traumatismes. » . Cette étiologie nous paraît tout à fait problématique et nous n'avons pas pu rencontrer dans la littérature médicale un seul cas probant.

Il arrive parfois qu'à la suite de traumatismes graves de la jambe, ayant entraîne un abondant épanchement sanguin dans les tisssus, les varices préexistantes deviennent plus apparentes et plus gênantes (cas cité par Vibert). Il ne saurait être question de cette éventualité pour M..., puisque chez lui les varices siègent à la jambe et que le traumatisme a seulement frappé le pied.

Le médecin du Syndicat de garantie, le Dr Y..., a fixé la date de la reprise du travail au 4 novembre 1907 ; cette date peut être acceptée, car il est certain qu'à cette époque M... ne présentait plus depuis longtemps que l'œdème variqueux dont il est atteint encore actuellement.

Conclusions. — 1° M... a été atteint le 21 septembre 1907 d'une contusion du pied gauche qui a guéri complètement ;

2° L'œdème variqueux de la jambe gauche, dont il se plaint actuellement et qui constitue une infirmité permanente susceptible de réduire de 5 0 0 sa capacité professionnelle (avec port de bas à varices) n'est pas sous la dépendance de l'accident du 21 septembre 1907;

3° La date de consolidation de la blessure doit être fixée au lus tard au 4 novembre 1907.

Suites judiciaires. — Il y a eu non-conciliation à la suite du rapport d'expertise. Depuis, l'affaire est en suspens, mais tout fait supposer que M... a renoncé à obtenir une indemnité quelconque.

Observation IX

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 25 février 1907, en exécution d'un jugement du tribunal de 1re instance en date du 14 janvier 1907 à l'effet de voir et visiter le nommé L....

Certificats produits par les parties. — L'accident du travail dont la réalité n'est pas contestée, a eu lieu le 29 avril 1906. L... a reçu une ruade de cheval, qui l'a projeté contre un mur. Il est entré à l'hôpital Beaujon d'où il est sorti au bout de quatre jours, le thorax entouré de bandes de diachylon.

Le premier certificat du Dr H... est ainsi conçu et daté du 1er mai 1906 :

« Contusion de la poitrine, du côté gauche avec fracture presque certaine de côtes et contusion au deuxième degré sur la partie interne du genou gauche, occasionnés par un coup de pied de cheval en le pansant. Cette blessure, quoique sérieuse, ne paraît pas présenter de gravité sauf complication. »

Le 18 juin 1906, le Dr X... a revu le blessé et déclaré qu'il était guéri et pouvait reprendre son travail.

Le 12 juin 1906, le blessé s'est fait visiter par le Dr Y... qui lui a délivré le certificat suivant : « Actuellement la fracture (des côtes) est consolidée, mais le blessé continue à souffrir beaucoup de son côté. Il s'essouffle très rapidement, tousse surtout le matin. Il persiste de la névralgie traumatique et à l'auscultation on perçoit des frottements pleuraux. Il reste donc une gêne qui entravera fortement le blessé au cours de son travail et même il faut faire des réserves sur les suites éloignées possibles du côté du poumon. Je conclus à une

« incapacité de travail permanente et partielle pouvant être « évaluée à 8 0 0 de l'aptitude professionnelle. »

A la suite, l'enquête ayant été faite le 26 juin 1906 par M. le juge de paix de Saint-Ouen, sur le vu de ce certificat, la Compagnie d'assurances fit visiter le blessé par le Dr Z... qui déclara : « Ce blessé n'a aucune infirmité et n'est atteint d'aucune incapacité permanente partielle. Il est fortement éthylique et peut reprendre définitivement son travail le 6 août 1906. »

Examen de L .. – Actuellement L... reconnaît très franchement qu'il ne souffre que très peu des conséquences de son accident. Il a repris son travail qui consiste à conduire une balayeuse, avec le même salaire qu'antérieurement à l'accident ; il se fatiguerait toutefois plus facilement et serait obligé de prendre un plus grand nombre de jours de repos.

Il n'est pas possible de retrouver trace actuellement des contusions du thorax et du genou. On ne sent de cal de fracture en aucun point des côtes du côté gauche, si bien que la fracture de côtes, qui paraît avoir existé, s'est consolidée sans déplacement des fragments. Il n'existe aucune douleur à la pression dans la même région.

L'auscultation de la poitrine montre des lésions généralisées d'emphysème, dans la genèse desquelles l'accident du 29 avril 1906 n'intervient évidemment pas. C'est à cet emphysème qu'il faut rapporter la facilité avec laquelle L... s'essoufle, et la toux matinale dont il se plaint. Au niveau du siège présumé des fractures de côtes, on ne retrouve plus les frottements pleuraux qu'aurait constatés le docteur Y... ; il n'existe pas non plus de dépression inspiratoire des espaces intercostaux laissant supposer que des adhérences se sont constituées entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale.

L... est un homme de 53 ans, chez lequel il n'est pas difficile de mettre en évidence des habitudes d'intempérance (tremblement des extrémités, de la langue). Il est certain que la valeur industrielle de L... n'est pas très considérable, mais il faut en rapporter la cause à sa sénilité précoce et à son imprégnation éthylique, et non à l'accident dont il a été victime le 29 avril 1906.

En résumé il ne persiste aucune incapacité permanente partielle de travail et la date de la consolidation de la blessure peut être fixée au 6 août 1906 conformément à l'opinion du docteur Z..., médecin de la Compagnie d'assurances.

Conclusions. — 1° L... a donc été atteint d'une contusion du genou gauche et d'une contusion du thorax, avec probablement fractures de côtes.

2° Ces blessures ont entraîné une incapacité temporaire de travail qui a duré jusqu'au 6 août 1906 date de leur consolidation.

3° Il ne persiste actuellement aucune incapacité permanente partielle.

Suites judiciaires. — L... a été débouté de sa demande par jugement en date du 18 mars 1908.

De ces observations nous pourrons tirer l'enseignement suivant : c'est que le médecin expert doit non seulement observer scrupuleusement les symptômes de l'affection que présente le blessé, mais aussi s'enquérir de ses antécédents personnels et héréditaires avant de poser fermement le diagnostic de conséquence d'accident de travail.

Le problème se pose pour ainsi dire journellement à

propos des hernies traumatiques. Un individu déclare qu'un accident du travail lui a occasionné une hernie. Dans quel cas pourra-t-on admettre la véracité de son dire ? Il faudra d'abord : 1° Vérifier la bonne foi du blessé; le blessé n'était-il pas porteur de sa hernie avant l'accident ; 2° savoir s'il y a réellement eu accident de travail, c'est-à-dire un événement anormal au cours du travail ; 3° l'accident de travail, s'il a eu lieu, pouvait-il occasionner la hernie ? Ce sont là trois points qu'il est bien souvent malaisé d'élucider, d'autant plus qu'ils viennent se compliquer des questions de prédisposition. Car bien qu'en matière d'accidents de travail on ne doive pas tenir compte de l'état antérieur du blessé, il est cependant difficile d'admettre, par exemple, que chez un individu porteur de canaux inguinaux très dilatés, un minime accident de travail soit rendu responsable d'une pointe de hernie ; cet individu était voué fatalement à la hernie et le moindre effort pouvait la faire naître. On le voit, ce sont là des points très délicats à apprécier, et qui exigent du médecin expert un examen minutieux et rigoureux.

CHAPITRE VII

Des simulateurs vrais

Nous avons déjà indiqué qu'il existait deux modes de simulation vraie : le premier qui consiste à feindre complètement une incapacité de travail, le second à attribuer à un traumatisme accidentel une lésion que l'on sait pertinemment avoir une autre étiologie.

Les simulateurs de ce dernier groupe sont les plus nombreux ; il est en effet plus facile à l'ouvrier d'affirmer un simple rapport de cause à effet entre un traumatisme et une affection dont il est réellement porteur, et dont par conséquent il peut présenter tous les signes à un examen médical, que d'inventer de toutes pièces les symptômes d'une maladie fictive, même lorsqu'il est aidé dans ce travail par des conseillers éclairés.

Nous aurons donc, dans cette catégorie, des ouvriers présentant réellement une incapacité soit temporaire, soit permanente de travail, et ce que nous aurons à rechercher chez eux ce sera de savoir à quoi est due

cette incapacité ; si elle est bien, ainsi que l'affirme l'ouvrier, le fait de l'accident, ou si, au contraire, son étiologie est tout autre.

Nous ne citerons que trois observations de cette catégorie les estimant suffisamment typiques.

Observation X

(Giraud. Thèse de Paris, 1895).

Le 16 mai 1892, le fondeur Paul B..., âgé de 32 ans, se présente en racontant qu'il a été brûlé au pied droit. Lorsqu'on le conduit à préciser, on apprend que le pied en cause n'aurait été qu' « échaudé » par du cuivre en fusion.

On s'étonne de la bizarrerie de ce récit en constatant que la chaussure de cuir ne présente pas la moindre détérioration. En examinant le pied on trouve sur la face dorsale une surface rouge avec une peau tendue, luisante, sur laquelle on discerne trois points quelque peu saillants.

En peu de jours la tuméfaction, la rougeur, la chaleur ont envahi toute la surface du pied ; il y a un chapelet d'adénite, étendu longitudinalement dans le triangle de Scarpa du même côté. On reconnaît le caractère furonculeux de chacun des trois points acuminés du 16 mai. Une ponction au thermocautère est faite dans chacun de ces trois points et détermine un immédiat et important soulagement.

Trois jours plus tard, toute inflammation microbienne a cessé ; il n'y a plus d'adénite. L'étendue des zones de rougeur n'est plus en rapport qu'avec les trois paquelinisations.

Peu de temps après la guérison est achevée ; l'intéressé feint d'oublier sa version invraisemblable du 16 mai.

Observation XI

(Le Poncin. Thèse de Paris, 1905.)

Le 20 février 1905, nous sommes appelé auprès d'une jeune fille, M^lle^ M..., 21 ans, demoiselle de magasin ; elle prétend, à la suite d'un effort (en poussant une table-comptoir) s'être fait une blessure dans la région de l'aine. A l'examen, nous constatons à la région crurale une petite tumeur de la grosseur d'une amande, cette tumeur est mobile, non enflammée, mais douloureuse ; elle est mate à la percussion et ne se modifie pas par la toux, nous songeons à la possibilité d'une hernie crurale étranglée ; mais du côté de l'état général, rien ne nous fait confirmer ce diagnostic : pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz. La température est normale. Nous pratiquons alors notre examen dans un autre sens et nous faisons mettre le membre inférieur complètement à nu ; nous découvrons une légère traînée de lymphangite qui nous mène jusqu'à la face dorsale du pied ; ici une petite plaie infectée de la largeur d'une pièce de cinquante centimes et datant très probablement déjà de plusieurs jours. Le diagnostic s'impose, nous nous trouvons en présence d'une adénite crurale consécutive à cette plaie, adénite qui n'a pu surgir subitement à la suite d'un effort, comme on a bien voulu nous le faire croire. Naturellement nous refusons de signer le certificat de blessure.

Observation XII

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 16 janvier 1908, par ordonnance du Président des Conciliations du tribunal civil en date du 20 décembre 1907, à l'effet de voir et examiner G...

Circonstances de l'accident. — De l'enquête en justice de paix qui m'a été communiquée, il résulte que le 20 août 1907 G..., 19 ans, qui exerce la profession de serrurier, était occupé vers 5 heures du soir avec plusieurs camarades à soulever une devanture, lorsqu'il s'est plaint d'avoir eu « un effort » occasionnant de vives douleurs dans les bourses. Il a prévenu aussitôt le chef d'équipe qui était présent, mais a terminé sa journée. Le lendemain matin G... a repris son travail et l'a quitté à midi d'une façon définitive.

Avant de rechercher si l'effort, modéré ou violent, peut avoir les conséquences que G... lui attribue, il convient de faire remarquer qu'il n'est nullement établi par l'enquête que l'effort invoqué ait répondu à un déploiement d'énergie anormal dans l'exercice de la profession.

Suites de l'accident et certificats produits. - G... avait éprouvé une vive douleur dans les bourses, qui demeurèrent sensibles à partir de ce moment ; la nuit même, vers minuit, il s'aperçut que les testicules étaient un peu enflés, surtout le gauche. En même temps éprouvant dans l'aine gauche une douleur, il y constata « la présence de petites boules ».

Le lendemain les testicules étaient très enflés ; il ne put guère travailler de la matinée, la marche suffisant pour provoquer de vives douleurs, et à midi il se retira.

Le Dr X... lui donna des soins le jour même et rédigea le certificat suivant : « Contusion des deux testicules par contraction du crémaster au cours d'un effort » (21 août 1907).

G... fut ensuite soigné par l'officier de santé Y... à Saint-Denis.

Le 21 septembre 1907, un médecin de la Compagnie d'assurances visite le blessé et déclare : « Je ne constate ni hernie, ni épididymite, ni orchite. Or une orchite traumatique par suite du traumatisme invoqué ne s'est jamais vue. »

L'enflure des bourses était donc constituée par une orchi-épididymite double qui a rétrocédé au bout de vingt-cinq jours ; le testicule gauche était, au dire du blessé, gros comme un œuf de poule. Grâce au développement d'un varicocèle, la marche aurait provoqué le retour de la tuméfaction jusqu'à fin octobre.

Le 28 octobre 1907, l'officier de santé Y... déclare que : « à l'heure actuelle les signes d'orchi-épididymite ont complètement disparu, mais le varicocèle que j'avais constaté lors de mon premier examen semble être plutôt en voie d'aggravation, surtout à gauche. Le malade se plaint toujours de vives douleurs dans les bourses, douleurs déterminant une gêne considérable de l'effort et de la marche et ayant empêché jusqu'à ce moment la reprise de son travail. Nous concluons à une incapacité permanente partielle de 10 0/0 des aptitudes professionnelles. »

G... a touché son demi-salaire jusqu'au 18 octobre 1907.

Examen de G.... — Les bourses ont repris leur aspect normal, les testicules ne sont ni gros ni douloureux et il n'existe pas de liquide dans les séreuses vaginales qui entourent ces glandes. Pas de nodules inflammatoires sur l'épididyme.

Il existe un certain degré de varicocèle du côté gauche. Ce

varicocèle dont la présence oblige au port d'un suspensoir, apporte une gêne légère pour les travaux de force ; à ce titre il constituerait une incapacité permanente partielle de 2 à 3 0/0 s'il était la conséquence d'un accident du travail.

Le 28 octobre 1907, l'officier de santé Y... déclare que l'incapacité est permanente. Il est probable que l'incapacité temporaire avait pris fin longtemps avant cette date : les conclusions que nous adoptons dans le présent rapport ne nous engagent pas à discuter longuement ce point particulier.

Discussion. — Il fut un temps où toutes les orchites étaient d'origine traumatique dans la croyance populaire comme dans la science médicale. Lorsque fut connu le rôle de l'infection et surtout de l'infection blennoragique dans la production des orchites, un revirement brusque fit nier par les médecins complètement l'influence du traumatisme. A l'heure actuelle, on considère que l'effort peut provoquer une orchite de deux façons : en déterminant chez des sujets sains une contraction crémastérienne et en facilitant chez les individus atteints de blennorragie la propagation de l'infection aux bourses.

Dans le premier cas, il s'agit de faits très rares, dans lesquels l'urèthre était vierge de toute infection antérieure (encore l'existence de cette virginité laisse-t-elle sceptiques bien des auteurs). L'orchite de G... ne rentre pas dans cette catégorie ; depuis longtemps ce jeune homme n'est plus chaste et à l'heure actuelle il présente les signes d'une uréthrite chronique (la pression de l'urèthre pratiquée d'arrière en avant ramène au méat une goutte de muco-pus épais), avec adénopathie inguinale double (celle-ci est peut-être en rapport avec un chancre syphilitique du prépuce survenu quelques jours avant notre examen).

Bien que G... nie avoir jamais été atteint d'écoulement blen-

norragique aigu, alors même qu'il faudrait admettre que sa blennorrhée ait été chronique d'emblée, il n'en est pas moins vrai qu'il a été atteint d'orchi-épididymite blennorragique double, survenue au cours d'une uréthrite blennorragique aiguë ou chronique. Reste à savoir jusqu'à quel point l'effort a pu faciliter la production de cette affection.

Il est certain que chez les individus atteints de blennorragie aiguë ou chronique, les contusions même légères des testicules, les efforts, la fatigue, la marche sont susceptibles de propager l'infection jusqu'aux bourses. L'orchite est une complication fréquente chez les soldats blennorragiques qui montent à cheval, chez les ouvriers qui continuent à travailler malgré l'uréthrite.

Dans le cas présent on est donc conduit à se demander si l'effort du 20 août 1907 n'a pas été seulement pour G... révélateur de l'existence de l'orchite (en admettant que cette orchite ait été réellement ignorée jusque-là). En tout cas rien n'établit que l'effort invoqué ait été particulièrement intense ou anormal, l'orchite a peut-être été facilitée dans sa production par l'exercice de la profession mais elle ne parait pas accidentelle.

En faveur de cette interprétation, on doit dire que le soir même les deux testicules étaient enflés et qu'il existait une adénopathie inguinale double survenue d'une façon trop précoce pour n'être pas la signature d'une inflammation de l'urèthre.

On peut se demander comment le Dr X..., en face d'une orchite blennorragique, a pu poser le diagnostic : par effort ; c'est que très souvent, lorsque l'orchite apparaît, l'écoulement blennorragique cesse pour reparaître au bout de quelques jours.

En résumé l'orchite de G... était en voie de développement

spontané, entraînant une sensibilité spéciale des testicules, telle qu'une douleur vive est survenue à l'occasion d'un effort minime.

Conclusions. — 1° G... a été atteint d'un orchi-épididymite blennorragique au cours d'une blennorragie dont on trouve encore les traces à l'heure actuelle sous forme de goutte militaire.

2° L'effort du 20 août 1907 invoqué comme générateur de l'orchite et qui ne semble d'ailleurs pas avoir été anormal comme intensité, n'a fait que révéler l'existence de l'orchite (si toutefois G... l'ignorait réellement à ce moment).

3° C'est à tort que la Compagnie d'assurances a versé à G... son demi-salaire du 20 août au 18 octobre 1907 puisqu'il n'y a pas eu d'accident du travail.

Ces trois observations peuvent nous conduire à cette conclusion : à savoir que le diagnostic de ce genre de simulation est relativement facile, et qu'un examen méthodique du blessé conduit généralement à la connaissance de l'étiologie exacte de son affection.

Il nous reste maintenant à citer quelques observations de simulateurs vrais, c'est-à-dire par imitation ; chez eux, il n'y a pas d'incapacité réelle de travail, mais la simulation de l'incapacité sera souvent si parfaite qu'il sera malaisé de la déceler, notamment, lorsqu'on aura affaire à une pseudo-névrose traumatique. Les auteurs ont bien donné des signes objectifs de ces névroses. On en trouvera cités dans l'ouvrage de Sand, notamment jusqu'à trente et un ; leur nombre même suffit à indiquer qu'ils ne sont point tous diacritiques. Néan-

moins leur recherche soigneuse pourra certainement éclairer la religion du médecin. Enfin on a indiqué quelques procédés de diagnostic tels que : applications de cautères, de courants électriques (récemment Chavigny (1) préconisait l'usage du râteau de Tripier pour l'exploration des anesthésies et analgésies hystériques ou simulées), etc., etc ; l'emploi de ces procédés ne nous paraît pas sans inconvénients et les résultats qu'ils donnent ne sont pas toujours concluants.

La difficulté de vérifier l'existence de symptômes douloureux purement subjectifs sera toujours l'obstacle le plus grave que le médecin expert rencontrera sur le chemin des conclusions. L'observation XIV, notamment, le prouvera amplement.

Observation XIII

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 27 avril 1908, en exécution du jugement de la 4e Chambre en date du 3 mars 1908 à l'effet de voir et examiner le nommé P...

Circonstances de l'accident. — P..., âgé de 38 ans, était contrôleur des livraisons de charbon à la Société de combustibles. Le 14 février 1907, il a été, pendant son travail, renversé par une voiture automobile, dont la roue gauche de devant a passé de bas en haut sur la face interne de son genou gauche.

A la suite de l'expertise du Dr X... devant le tribunal de paix, la consolidation de la blessure a été fixée au 15 mai 1907,

1. Chavigny. In *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juin 1908, p. 498.

mais le blessé déclare qu'il n'a pu reprendre son travail avant le 10 juin 1907. Depuis cette époque il exerce des fonctions analogues à celles qu'il avait avant l'accident, mais chez un autre patron.

Le 2 mars 1907, P... est sorti de l'hôpital Boucicaut pour aller à la maison de convalescence de Vincennes, où il aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé ; le Dr Y... qui a vu le blessé a d'abord porté le 16 février 1907 le diagnostic de « contusion avec hémarthrose du genou droit » et le 3 avril 1907 celui de « rhumatisme articulaire aigu ».

Le Dr X... lors de l'expertise, le 30 avril 1907, constate qu'il existe un léger degré d'hydarthrose du genou, sans autres lésions des articulations. Il trouve de plus une légère atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe droites (1 centimètre de moins pour le périmètre du côté droit). Il a fixé au 15 mars 1907 la date de la consolidation et repoussant avec raison l'hypothèse d'après laquelle le rhumatisme articulaire aigu serait la cause de l'hydarthrose du genou droit, il a conclu qu'il persisterait chez le blessé d'une manière permanente une légère diminution de l'aptitude au travail.

Examen de P... — P... déclare qu'il marche bien, mais qu'après les marches prolongées son genou enfle et qu'il ressent des douleurs.

L'examen le plus minutieux ne permet de découvrir aucune lésion du genou droit qui a un aspect absolument normal. Les mouvements du genou sont souples, sans la moindre limitation. L'atrophie musculaire très minime, signalée par le Dr X..., a complètement disparu.

Il existe bien quelques légers frottements articulaires dans le

genou droit mais P... est un rhumatisant et on retrouve les mêmes frottements dans le genou gauche.

Dans ces conditions il est impossible d'admettre l'existence d'une réduction de la capacité professionnelle.

Il n'y aurait donc pas utilité à revenir sur la crise de rhumatisme articulaire aigu qu'aurait présentée P..., s'il n'était nécessaire de justifier l'indemnité pour incapacité temporaire qui lui a été accordée jusqu'au 15 mai 1907, à la suite du rapport du Dr X...

Or P... a été atteint d'une hémarthrose du genou, et l'évolution ultérieure, transformation en hydarthrose, constatée par le Dr X..., légère atrophie musculaire, est bien celle que l'on observe en pareil cas. Alors même qu'il serait survenu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il n'en subsistait aucun vestige à la date du 30 avril 1907, époque à laquelle le genou droit était encore lésé. L'incapacité temporaire jusqu'au 15 mai 1907 a donc bien été la conséquence de la contusion du genou droit.

Aucun argument ne nous permet d'ailleurs actuellement de reporter au 10 juin 1907, suivant le désir de P..., la date de la consolidation de la blessure qui a été fixée en connaissance de cause par le Dr X... au 15 mai 1907.

Conclusions. — 1° P... a été atteint le 14 février 1907 d'une contusion du genou droit avec hémarthrose, qui a déterminé une incapacité temporaire de travail.

3° Le Dr X..., expert en justice de paix, a fixé au 15 mai 1907 la date de la consolidation de la blessure. Il n'existe aucun argument permettant de modifier cette conclusion.

3° Il ne subsiste à l'heure actuelle aucune infirmité permanente.

Observation XIV

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 30 octobre 1907, par ordonnance du Président des Conciliations du Tribunal civil, à l'effet de voir et examiner le nommé L...

Circonstances de l'accident. — Le 22 août 1907, L..., 30 ans, qui exerce la profession de manœuvre, était occupé à un monte-charge, lorsque son avant-bras droit cogna violemment contre une roue d'engrenage. Il eut deux plaies, suivies à son dire de gonflement du bras, de l'avant-bras, et de l'apparition d'un gros ganglion dans l'aisselle. Le Dr X... appliqua des pansements, et douze jours après, les plaies étaient entièrement cicatrisées.

Au moment de reprendre le travail, L... aurait éprouvé de vives douleurs dans l'épaule, et les quatre derniers doigts de la main droite se seraient rétractés en griffe.

Certificats produits par les parties. — Le Dr X... a vu le blessé le jour même de l'accident. Il déclare que L... s'est plaint, dès ce moment, d'une douleur qui irradiait dans les trois derniers doigts de la main droite et à l'épaule droite. Eu égard au voisinage entre les plaies et le nerf cubital, il a fait des réserves sur la possibilité de complications nerveuses.

Le Dr Y..., médecin de la Compagnie d'assurances, a vu le blessé le 18 septembre, et délivré le certificat suivant : « Cica-« trices toutes superficielles, non adhérentes à la partie posté-« rieure du tiers supérieur de l'avant-bras droit, consécutives à « deux petites plaies actuellement cicatrisées. L... présente une « subluxation en arrière de l'extrémité supérieure du premier « métacarpien droit, et une rétraction des quatre derniers

« doigts de la main, qui nous paraissent anciennes et semblent « n'avoir aucun rapport avec l'accident du 22 août 1907.»

Ainsi, le blessé a déclaré au Dr Y... (celui-ci l'a nettement confirmé oralement), que la subluxation du pouce droit dont il est atteint était une conséquence de l'accident du 22 août 1907.

Le Dr Z... a également examiné le blessé le 11 octobre 1907, et a déclaré : « La blessure dont se plaint le blessé paraît être une coupure faite par un engrenage ; elle ne semble pas avoir intéressé le nerf cubital : il n'y a pas de troubles de sensibilité limités au territoire de distribution dans la main. La griffe cubitale de la main consécutive aux blessures de ce nerf n'existe pas. Le blessé présente une main recourbée, mais qui n'a aucun caractère pathologique spécial; elle nous paraît due à des troubles nerveux n'offrant avec l'accident qu'une simple coïncidence ; elle est peut-être d'origine psychique.

Examen de L... — L... se plaint de ne pouvoir se servir de sa main droite, dont il ne peut étendre complètement les doigts et dont la force serait diminuée.

On constate en effet que, s'il est possible d'arriver dans les mouvements passifs des doigts à leur extension complète, en surmontant une légère contracture des fléchisseurs, spontanément L... paraît incapable, sauf pour le pouce, d'obtenir le même résultat. Les quatre doigts restent légèrement fléchis, chaque phalange faisant un certain angle avec la précédente, et la première phalange étant elle-même un peu fléchie sur le métacarpien.

Si l'on demande au blessé de serrer la main droite, il ne le fait qu'avec peu d'énergie, en comparaison de la vigueur avec laquelle il serre la main gauche. Pourtant, il n'existe pas d'atrophie musculaire à l'avant-bras droit; les petits muscles de la main ne sont pas atrophiés non plus.

Pas de troubles trophiques. La sensibilité tactile et douloureuse paraît abolie, ou du moins diminuée dans un territoire qui comprend le bord interne de l'avant-bras et de la main droite, et les quatre doigts qui ne peuvent être entièrement étendus.

Tous les mouvements des articulations du membre supérieur droit s'accomplissent normalement.

On observe deux cicatrices à la partie interne de l'avant-bras droit, l'une longue de 1 centimètre à 3 centimètres au-dessous de l'épitrochlée, l'autre longue de 1 cm. 5 à 6 centimètres au-dessous de la précédente.

Discussion. — Les troubles nerveux présentés par L... n'offrent qu'une analogie grossière avec ceux que provoque la blessure du nerf cubital. La flexion des quatre doigts ne ressemble en rien à la griffe cubitale, dans laquelle les premières phalanges sont en extension forcée sur les métacarpiens. Les troubles de la sensibilité existent non seulement dans le territoire du cubital, mais aussi sur le médius et l'index qui ne sont pas innervés par ce nerf. Il n'existe pas d'atrophie musculaire. Enfin, la faiblesse des fléchisseurs ne peut s'expliquer par une lésion du cubital qui n'innerve pas ces muscles, sauf les deux faisceaux internes du fléchisseur profond. Les symptômes qu'accuse L... ne peuvent être que du domaine psychique.

Certes, pour être subjectifs, des troubles nerveux n'en donnent pas moins droit à une indemnité qui correspondrait chez L... à une réduction de capacité de 5 0/0 ; mais comme en matière d'hystéro-traumatisme la question de simulation se pose toujours, il importe que la bonne foi du blessé ne puisse être suspectée.

On ne saurait mettre en doute systématiquement les affirma-

tions de L... s'il se contentait d'exagérer les troubles nerveux dont il se plaint, de rendre volontairement plus accentuée la faiblesse de la main droite dont il serait atteint ; c'est là un état d'esprit fort excusable et qui s'observe chez nombre d'accidentés jusqu'au moment du règlement de leur indemnité. Mais L... a donné une preuve de mauvaise foi en déclarant au docteur Y... que la très ancienne subluxation du pouce droit dont il est atteint, était une conséquence de son accident. Dans ces conditions, une suspicion plane sur toutes ses affirmations. L'impression de l'expert est que L..., renseigné sur la possibilité d'une blessure du cubital et sur les symptômes qu'elle entraîne d'ordinaire, a réalisé soit par auto-suggestion, soit par simulation, grossièrement les symptômes. Mais le délai de trois semaines qui a séparé l'accident de l'apparition des symptômes nerveux, exclut toute idée de lésion du nerf cubital qui eût provoqué les troubles immédiats.

Conclusions. — 1° L .. a été atteint le 22 août 1907 d'une contusion de l'avant-bras droit, avec deux petites plaies qui paraissent avoir été superficielles et sans gravité ;

2° Trois semaines après l'accident, alors que les plaies étaient entièrement cicatrisées, L... s'est plaint de ne pouvoir se servir de sa main droite ;

3° A l'heure actuelle bien que les troubles nerveux se soient améliorés, il subsisterait un certain degré de flexion des quatre doigts de la main droite et une faiblesse marquée des fléchisseurs des doigts ;

4° Ces troubles, de même que l'anesthésie qui siège sur les doigts, sont entièrement d'ordre subjectif. Ils ne sont certainement pas sous la dépendance d'une lésion du nerf cubital et ne peuvent relever que de l'hystéro-traumatisme ou de la simulation.

5° Dans la première hypothèse, celle de l'hystéro-traumatisme, qui implique la bonne foi de L..., la réduction de capacité serait de cinq pour cent et la date de consolidation devrait être fixée au 1er novembre 1907 ;

6° Dans la seconde hypothèse, celle de la simulation, il n'y aurait pas évidemment d'incapacité permanente et la date de consolidation devrait être fixée au 1er octobre 1907;

7° L'expert opine pour la seconde solution, L... ayant tenté, devant le docteur Y..., de faire rapporter à son accident une lésion déjà ancienne de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, et ayant ainsi donné de sa mauvaise foi une preuve qui ne permet d'accepter qu'avec les plus expresses réserves, ses affirmations relatives aux troubles purement subjectifs dont il se plaint.

Observation XV

Expertise de M. le Dr Balthazard, le 7 mars 1908, en exécution du jugement de la 4e Chambre, en date du 27 janvier 1905, à l'effet de voir et examiner le nommé M...

Circonstances de l'accident. — M.... est âgé de 43 ans et exerce la profession de puisatier-mineur. Le 24 mai 1907 alors qu'il travaillait dans une galerie, un bloc de pierre (de 40 à 50 kilos d'après M...) se détacha de la voûte et tomba sur le pied gauche de M... d'une hauteur de 1 m. 50.

Il se rendit à l'hôpital de la Charité où l'on fit un premier pansement, puis chez lui où il fut soigné pendant trente-huit jours par le Dr X... Il a touché son demi-salaire jusqu'au 1er août et n'aurait repris son travail qu'une dizaine de jours

plus tard, à cause de la difficulté qu'il éprouvait pour marcher.

Certificats produits par les parties. — Le Dr Y... médecin du Syndicat de Garantie, a examiné le blessé le 27 juillet 1907 et constaté ce qui suit : « Le sinistré M...,blessé le 24 mai 1907 « au service de M. B...,accuse au niveau de l'articulation inter- « phalangienne du gros orteil gauche une certaine douleur. Le « malade, se plaint de ne pouvoir fléchir cet orteil ; mais *il n'y « a pas d'ankylose* ; on provoque quelques craquements arti- « culaires, mais il en existe au gros orteil droit qui présente « même plus de mobilité. Gonflement à peine marqué à 5 heu- « res du soir. On note de plus une ecchymose de tous les « ongles du pied gauche, mais cet état permet certainement au « blessé de reprendre son travail et la consolidation doit être « fixée au 1er août 1907. »

Malgré le certificat très explicite sur l'absence d'ankylose, le blessé a demandé un nouvel examen à son médecin le Dr X.. et celui-ci lui a délivré le 8 août 1907 le certificat suivant : « M... présente à ce jour une ankylose phalango-phalangienne du gros orteil du pied gauche. Il résultera de cette lésion une incapacité permanente et partielle. »

Examen de M... — Si nous nous en rapportons aux certificats délivrés par le Dr X... le 24 mai et le 27 juillet 1907, M... aurait été atteint d'une fracture de la première phalange du gros orteil gauche.

A la suite il aurait persisté une ankylose de l'articulation interphalangienne du gros orteil. Ce n'est pas là un symptôme d'appréciation délicate et pourtant les Drs X. et Y... sont en désaccord complet sur son existence. Il ne peut s'agir d'examens pratiqués à des dates différentes (il n'y a qu'une dizaine

de jours entre les deux examens), d'ailleurs les constatations du Dr X... sont postérieures à celles du Dr Y...

A l'heure actuelle rien ne prouve qu'il y ait eu fracture de la première phalange du gros orteil, on ne sent aucun cal osseux, aucun épaississement de la phalange.

Il n'existe pas d'ankylose, ni pour l'articulation métatarso-phalangienne, ni pour l'articulation interphalangienne ; ces jointures sont même remarquablement souples. On ne perçoit aucun craquement.

L'exploration la plus insistante et même la plus énergique ne provoque aucune douleur.

On est surpris dans ces conditions qu'il soit venu à l'idée de l'ouvrier de réclamer une rente, et, à moins que l'état ne se soit singulièrement amélioré depuis six mois, qu'un medecin ait pu délivrer un certificat d'incapacite permanente. Rien à l'heure actuelle ne permettrait de supposer que M... a eu une blessure de l'orteil gauche.

Il nous a été impossible de comparer l'orteil gauche à l'orteil droit, parce que dans le courant du mois de décembre dernier M... a reçu une nouvelle pierre sur l'orteil droit, accident qui a déterminée des lésions de l'orteil identiques à celles qu'avait présentées l'orteil gauche. Pour ce nouvel accident qu'il importait de signaler, M... touche actuellement son demi-salaire auprès d'une autre compagnie d'assurances.

Conclusions. — 1° La contusion du gros orteil gauche dont a été atteint M..., le 24 mai 1907 n'a laissé aucune trace et n'a entraîné aucun trouble fonctionnel.

2° La consolidation de la blessure doit être placée au 1er août 1907.

Suites judiciaires. — M... a été débouté de sa demande par jugement en date du 6 avril 1908.

Observation XVI

Expertise de M. le Dr Balthazar, le 25 septembre 1907, par ordonnance de M. le Président des Conciliations du Tribunal civil, en date du 14 septembre 1907, à l'effet de voir et examiner le nommé W...

Circonstances de l'accident. — Le 23 avril 1907, W... qui conduisait une voiture de déménagements, a glissé sur un rail et s'est fait une entorse tibio tarsienne du pied gauche. Il a pu néanmoins conduire la voiture du boulevard Sébastopol à la gare de Lyon.

Certificats produits par les parties. — Le Dr X... a délivré le 15 avril 1907, le certificat d'origine : « Entorse du cou-de-pied gauche. »

Le 6 mai 1907, le Dr Y..., médecin de la Compagnie d'assurances, écrit la lettre suivante : « Le nommé W... que je massais à domicile depuis le 29 avril, m'a prévenu aujourd'hui qu'il se faisait soigner maintenant à une clinique spéciale des accidents du travail. J'avais déjà averti la Compagnie que je croyais que le nommé W... était un simulateur; ayant eu le tort de lui dire que rien ne pouvait expliquer la douleur qu'il accusait au niveau du cou-de-pied, je n'ai pas été étonné que ce blessé cesse de se faire soigner. »

Il existe deux certificats du Dr Z.... l'un en date du 11 juillet, l'autre du 30 juillet 1907. Le premier est ainsi conçu : « Je soussigné, Z..., certifie donner mes soins actuellement à M. W...

pour une entorse du pied gauche. On observe encore un peu d'œdème et le blessé accuse des douleurs à la marche. Il y a un léger état d'incapacité permanente partielle (inaptitude au travail), 1 à 2 0 0. » Le second a provoqué l'enquête de Justice de paix : « W. . a été expertisé il y a environ six semaines pour une entorse libio tarsienne gauche. Étant donnée la persistance des douleurs à ce niveau, on a pratiqué, le 28 juillet, la radiographie du pied gauche. Celle-ci a montré une luxation de l'astragale sur le calcanéum et une périostite qui a amené des néoformations produisant une ankylose partielle à ce niveau ; ce qui crée une incapacité permanente partielle que l'on peut évaluer à 8 0/0. »

La différence d'appréciation de l'incapacité permanente dans ces deux certificats ne résulte pas d'une aggravation dans l'état du blessé, mais seulement de la découverte qu'aurait permis de faire la radiographie, d'une luxation de l'astragale avec production d'ostéophytes, laissant supposer que les douleurs persisteraient indéfiniment.

Deux radiographies ont été exécutées par le Dr N..., et m'ont été présentées. Elles sont accompagnées du certificat suivant : « Je soussigné N... certifie que le nommé W... a été radiographié par moi et que j'ai constaté l'existence d'une luxation de l'astragale, qui a glissé légèrement en avant sur le calcaneum ; une formation d'ostéophytes dues à un arrachement périostique se voit nettement à la partie postérieure de l'astragale, sur le cliché numéro 2. En foi de quoi je lui ai délivré le présent certificat. »

Examen de W... — W... marche avec une canne, le pied gauche dans une pantoufle. Il boite et appuie lourdement à terre le pied gauche posé à plat.

Le blessé se plaint de souffrir en marchant, un peu au-dessous de la malléole externe, et en arrière tout le long du tendon d'Achille.

A l'examen du cou-de-pied, on ne constate aucune déformation; la région n'est pas tuméfiée, il n'existe pas trace d'œdème.

Le périmètre de la cheville est le même à gauche qu'à droite.

Il n'est pas possible de mettre en évidence l'atrophie des muscles du mollet gauche, le périmètre n'étant inférieur que de 1 centimètre pour le mollet gauche, ce qui est normal chez un droitier.

Les mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne ne sont pas limités, ni dans la flexion, ni dans l'extension ; les mouvements de latéralité du pied ont la même étendue à gauche qu'à droite.

A la palpation de l'articulation du cou-de-pied et du pied lui-même, on ne trouve aucune anomalie; toutes les saillies sont bien à leur place ; on ne sent aucune production osseuse nouvelle, aucun ostéophyte.

Pendant l'exploration de l'articulation, W... accuse des douleurs quand on presse un peu au-dessous de la malléole externe, et sur le tendon d'Achille. Mais la réalité de ces douleurs ne s'impose pas à l'esprit, eu égard aux arguments suivants : les réactions du blessé sont tout à fait exagérées et il semblerait par moments que la douleur fut intolérable; malheureusement, ces réactions ne sont pas dans un synchronisme parfait, avec les pressions exercées sur le cou-de-pied. A condition de distraire le blessé, il est d'ailleurs possible d'exercer sans provoquer de mouvements de défense, des pressions fortes aux points où les mêmes pressions avaient paru un instant avant déterminer de vives douleurs.

W... ne serait donc pas pris au sérieux un seul instant, et serait purement et simplement regardé comme un simulateur, n'étaient les certificats des Dr Z... et N..., d'après lesquels la cause des douleurs résiderait dans une lésion de l'articulation du cou-de-pied. Ces certificats s'appuient sur l'interprétation de deux radiographies qui m'ont été remises.

Je ferai d'abord remarquer que ces radiographies sont d'une exécution fort médiocre ; leur flou tient à ce que le pied du blessé a bougé pendant l'opération ; on voit fort bien sur les deux épreuves un double contour impliquant un déplacement de 1 à 2 millimètres. Il est impossible dans ces conditions de regarder l'ombre légère qui existe sur l'épreuve n° 2 à la partie postérieure de l'astragale comme une production osseuse surajoutée, comme une ostéophyte. Quant à la saillie que forme en avant l'astragale et qui a fait supposer l'existence d'une luxation en avant de l'astragale, c'est là un aspect normal et que l'on retrouve identique sur les radiographies de pieds normaux, pris comme terme de comparaison.

En résumé les radiographies présentées ne révèlent aucune lésion grave, et l'exécution imparfaite des rayons de Rontgen ne permettrait pas d'apprécier les lésions légères s'il en existait.

Conclusions. — 1° W... a été atteint le 13 avril 1907 d'une entorse du pied gauche, affection qui comporte d'habitude une incapacité de travail de six semaines au maximum.

2° Le blessé s'est plaint de douleurs persistantes qui apporteraient une entrave à la marche et même à la station debout, et entraîneraient une incapacité permanente partielle évaluée successivement par M. le Dr Z..., à 1 puis à 8 0/0.

3° L'évaluation précédente est basée moins sur l'examen cli-

nique du blessé que sur l'interprétation manifestement erronée de la radiographie du pied gauche.

4° W..., à mon avis, est un simulateur. Même en admettant sur ce point une erreur de l'expert, il serait impossible de démontrer que les douleurs subjectives dont se plaint W.... sont réelles, et de lui faire octroyer une indemnité d'incapacité permanente.

5° Étant donné que les douleurs accusées par W..., n'étaient pas plus réelles en juin, juillet, août qu'à l'heure actuelle, la durée de l'incapacité temporaire à la suite de l'entorse doit être estimée à sa valeur moyenne de six semaines, et la date de la consolidation doit être fixée au 1er juin 1907.

Suites judiciaires. — W... a été débouté de sa demande et condamné aux dépens par jugement en date du 11 mars 1908.

Nous limiterons à cette dernière observation notre étude sur la simulation dans les accidents du travail ; on pourrait citer bien d'autres cas, dont beaucoup d'instructifs et intéressants ; leur énumération serait longue et elle ne tendrait à prouver qu'une chose : c'est que toutes les maladies, ou à peu près, ont été simulées ; et quelquefois d'une façon si parfaite qu'il a fallu au médecin user de tout son savoir, déployer toute son ingéniosité et s'armer la plupart du temps d'une grande patience pour arriver à la découverte de la vérité.

Car comme l'a dit Heller : « Il en est de ces belles histoires où le simulateur est confondu d'une manière éclatante, comme des plaisanteries qui couronnées de succès une première fois paraissent fades la seconde.

La tâche de l'expert sera bien plus souvent ardue et

délicate et il n'aura pas trop, pour la mener à bonne fin, de l'aide des deux seules armes qu'il puisse employer contre les simulateurs, et qui sont : Science et Patience.

CONCLUSIONS

De cette courte étude sur la simulation dans les accidents du travail, nous pourrons conclure que :

1° La simulation, encore qu'elle soit loin malheureusement d'être une rareté, n'est pas cependant aussi fréquente que certains ont voulu le dire.

2° Les médecins qui ont à déceler les simulateurs ont un triple intérêt à accomplir leur mission avec une attention scrupuleuse :

a). — le souci de faire faire aux magistrats œuvre de bonne justice ;

b). — la question d'amour-propre professionnel et de la conservation intégrale de l'autorité de leur intervention ;

c). — la moralisation de la classe ouvrière.

3° La ligne de conduite à suivre dans les expertises des accidents du travail nous paraît la suivante : Examiner le malade avec la plus grande bienveillance et ne jamais le considérer *à priori* comme un simulateur ; mais vérifier avec beaucoup de rigueur la réalité des

symptômes qu'il accuse, voir si les lésions dont il est porteur sont bien en rapport avec les troubles fonctionnels qui, d'après lui, occasionnent son incapacité professionnelle ; enfin ne jamais conclure pour ou contre la simulation avant d'avoir fait la preuve que l'ouvrier est un simulateur, ou qu'il a réellement droit à une indemnité.

4° Ne pas hésiter à terminer un rapport en disant : « Étant donné l'état actuel des connaissances médicales, je ne puis affirmer ni la réalité de l'incapacité de travail, ni la réalité de la simulation. » Et avoir toujours présent à l'esprit l'axiome de Boisseau :

« Il vaut mieux se faire tromper dix fois que de se tromper soi-même une seule fois aux dépens d'un homme réellement malade. »

Vu : le Président de la thèse
THOINOT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BALTHAZARD. — Précis de médecine légale. Paris, Baillière, 1906.

BECKER. — Lehrbuch der ärtzlichen Sachverständiger-Thätigkeit für die Unfall-und-Invalidität-Versicherungs-Gesetzgebung. Berlin, 1900.

BROUARDEL. — Les blessures et les accidents du travail. Paris, Baillière, 1906.

CHAVIGNY. — Diagnostic des maladies simulées. Paris, Baillière, 1906.

COUSTAN (H.). — De la simulation et de l'évaluation des infirmités dans les accidents du travail. *Thèse Montpellier*, n° 79, 1902.

DIVERNERESSE — Les lacunes de la loi sur les accidents du travail. Exploitation des industriels. Modifications à insérer dans la loi pour faire cesser ces abus (Paris, A. Maloine, 1903).

FALLOT. — Contribution à l'étude des traumatismes volontairement provoqués (*Ann. hyg. publiq.*, juin 1901, 3 s.).

FORGUE ET JEAMBREAU. — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Leurs suites médicales et judiciaires. Paris, Masson, 1905.

GIRAUD. — Étude sur les blessures simulées dans l'industrie. *Thèse de Paris*, 1895, n° 329.

GOLEBIENSKI. — Lichtund Schattenseiten des Unfallversicherungsgesetzen. Berlin, Heymann, 1890.

JAMIN. — Critique médicale de la loi sur les accidents du travail. *Thèse Paris*, 1902.

KAUFMANN. — Handbuch der Unfallverletzungen. Stuggard, Enke, 1897.

Le Poncin. — Contribution à l'étude de la simulation dans les accidents du travail. *Thèse Paris*, 1905, n° 14.

Menier. — Quelques procédés propres à dépister les simulateurs en matière d'accidents du travail (*La médecine des accidents du travail*, janvier 1903).

Ollive et Le Meignen. — Accidents du travail. Médecine légale. Jurisprudence. Paris, de Rudeval, 1904.

Ramé. — Étude au point de vue médical de la loi du 9 avril 1898. *Thèse Paris*, 1901.

Reille. — Exagération et simulation des accidents du travail. *Annales d'hygiène*, 1905.

Röhmer. — Les accidents du travail. Évaluation des incapacités professionnelles, 1902.

Sand. — La simulation et l'interprétation des accidents du travail. Paris, Maloine, 1907.

Sudeck. — Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall und Invalidenversicherung. Fischer. Iéna, 1906.

Thiem. — Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuggart, 1898.

Thoinot. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris, Doin, 1904.

Vibert. — Précis de médecine légale. Paris, Baillière, 1903.

— Les accidents du travail. Paris, Baillière, 1906.

Vienne. — Étude sur les blessures simulées dans les centres industriels. *Thèse Paris*, 1892, n° 32.

Windscheid. — Der Arzt als Begutachten auf dem Gebiete der Invalidersicherung, 1re *partie*. Fischer, Iéna, 1906.

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.